ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

TOME DEUXIÈME (2me SÉRIE.)

FÉVRIER 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.;

2me LIVRAISON. — FEVRIER 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 2. — FÉVRIER 1836.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne? Mémoire qui a obtenu une médaille d'honneur en réponse à cette question, proposée par la Société des sciences médicales et saturelles de Bruxelles, au concours de 1834; par F.-S. Ratier, docteur en médecine de la Faculté de Paris (1).

> Plus les gouvernemens deviendront tutélaires, plus l'horrible maladie dont nous parlons disparaîtra du cadre des épidémies, pour y reparaître de nouveau quand les scènes du moyen-âge s'offriront de rechef sur le théâtre de ce monde.
>
> Fodéré, art. *Scorbut, du Dict. des sc. méd.*

N' ayant eu que fort tard connaissance du programme proposé par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, je n'aurais pas dû peut-être risquer de lui adresser ce travail imparfait. Mais comme je me suis occupé d'une manière particulière de l'étude clinique et philosophique des maladies syphilitiques sur lesquelles j'ai écrit, enseigné et pratiqué dans une grande ville, j'ai saisi avec empressement l'occasion de soumettre à une réunion d'hommes éclairés mes recherches et mes réflexions sur le sujet mis au concours. J'ose espérer que ces motifs seront appréciés par la Société, qui reconnaîtra dans cet opuscule les résultats de travaux longs et consciencieux et qui m'accordera son indulgence pour la forme rapide et peu académique que j'ai été forcé de prendre. Car cette question dont le choix fait honneur à la sagacité et à l'esprit de haute philosophie de la Société n'est point une de ces questions oiseuses qui peuvent être renvoyées sans inconvénient à deux ou trois ans; elle est d'un intérêt pressant pour la santé et pour la morale publiques, et elle doit être résolue sans retard.

Il y a cinquante ans qu'une académie n'ent pas osé poser une pareille question. Alors, et plus encore à une époque plus ancienne, la syphilis était regardée comme un fléau envoyé du ciel pour punir les débordemens des hommes; les malheureuses victimes n'inspiraient ni intérêt ni pitié; on les chassait des villes où il leur était défendu de se montrer sous peine de la *hart*, et lorsque longtemps après, on se décida à leur offrir des asiles, on leur infligeait deux fois par jour (1), une punition corporelle afin de leur faire expier une faute dont ils étaient déjà assez punis par leur maladie et par le cruel traitement qu'elle entraînait. Tout récemment encore (1826) un bref du pape frappe d'anathême un moyen préservatif bien connu, et donne entre autres motifs celui-ci: que le préservatif en question *entrave les décrets de la providence qui a voulu punir les créatures par où elles avaient péché;* d'où il suivrait précisément que la Société en proposant ce sujet de prix aurait commis un acte impie et attentatoire aux droits de la divinité. Heureusement que de pareilles idées n'ont plus cours ni en France, ni en Belgique.

Plaignons les hommes assez peu éclairés et assez peu charitables pour soutenir de pareilles doctrines; pour nous, convaincus que rien de ce qui peut être utile aux hommes ne saurait être blâmé de Dieu, nous dirons à nos adversaires, en supposant même que ceux qui se sont exposés volontairement à la syphilis aient reçu la juste punition de leurs fautes, ne sont-elles pas bien dignes de compassion ces malheureuses et innocentes victimes du libertinage d'autrui? ces femmes infectées par leurs maris, ces enfans qui ont reçu avec la vie une maladie odieuse, ces femmes de la campagne à qui un nourrisson étranger communique la syphilis qu'à leur tour elles transmettent à leurs maris et à leurs propres enfans? On devrait bien être au moins docile à

(1) L'importance de la question concernant les moyens d'arrêter la propagation de la syphilis, proposée aussi en dernier lieu par le Congrès médical de Belgique, a décidé la Société d'intervertir l'ordre du programme du concours pour la publication des mémoires dont l'impression a été ordonnée et des rapports généraux sur le concours. En conséquence les deux mémoires qu'elle a jugé dignes des honneurs de l'impression, sur cette question, précéderont les autres, et nous nous empressons d'accéder au vœu de cette compagnie savante en leur donnant place dans ce numéro. (*Note du Rédacteur.*)

(1) Cela se faisait encore à l'hospice de Bicêtre avant la révolution de 1789. (Les sociétés philanthropiques et de secours mutuels d'ouvriers excluent des secours ceux qui sont affectés de maladies vénériennes.)

la voix de l'expérience. Qu'est-il résulté des terreurs qu'on a fait naître et entretenues relativement à la syphilis ? les hommes se sont-ils abstenus ? D'autres freins sont donc nécessaires. J'ai bien des fois souri de pitié lorsque j'ai vu des pères conduire leurs fils à l'hôpital des vénériens ou dans le cabinet de pièces en cire où Dupont avait représenté les chancres, bubons, végétations, etc. Moralistes exagérés et souvent hypocrites, faites parler les faits et la raison et vous réussirez! mais probablement vous trouvez qu'il est plus facile d'effrayer que d'éclairer et d'instruire!

Tout ce qu'il y a de bons esprits pensent qu'il faut borner les progrès de la maladie vénérienne : mais peut-on y réussir ? Peut-on espérer même de la faire disparaître complétement ? telle est la question préliminaire qui se présente et que nous ne craignons pas de résoudre par l'affirmative.

Une opinion généralement répandue est que la syphilis n'a pas existé de tout temps en Europe, et qu'elle y a été importée vers le quatorzième siècle. Comment donc les hommes qui soutiennent cette opinion, et qui comprennent très-bien une époque où la syphilis n'existait pas encore sur notre continent, ne veulent-ils pas admettre qu'elle pourrait un jour n'y plus exister, et comment peuvent-ils prétendre que cette maladie ne pourra jamais disparaître? Ils n'ont donc pas remarqué que certaines maladies ont été plus ou moins nombreuses et graves à certaines époques et sous l'influence de circonstances diverses. Ainsi, par exemple, il est hors de doute que les maladies cutanées sont devenues plus rares et plus bénignes partout où une civilisation avancée a introduit des habitudes d'aisance et de propreté ; que le scorbut qui décimait autrefois les équipages disparaît de jour en jour devant les perfectionnemens de la navigation, qui ont abrégé les voyages en même temps qu'ils ont introduit à bord toutes les commodités de la vie ; que grace à la vaccine on a vu en France quelques départemens être pendant plusieurs années presque complétement exempts de la variole; qu'enfin la syphilis elle-même, à l'époque où nous écrivons, a singulièrement diminué de fréquence et perdu de sa gravité depuis qu'elle est mieux connue et mieux traitée. D'ailleurs n'est-il pas parfaitement raisonnable de croire qu'on pourra cerner une maladie qui se communique seulement par le contact immédiat et très-intime, et non pas au moyen d'effluves volatils et incoercibles.

Les moyens d'arrêter la propagation de la maladie vénérienne se déduisent naturellement des observations qui précèdent ; ils sont simples et d'un facile emploi, et leur efficacité même est déjà constatée par l'expérience ; car ils ont été tous mis en œuvre séparément ; et il ne s'agit plus que de les combiner ensemble et de les employer simultanément pour arriver à un succès complet. C'est à l'autorité administrative éclairée et dirigée par les corps savans qu'il appartient d'accomplir une des réformes les plus utiles à l'humanité qui aient été entreprises jusqu'à présent.

L'infanticide n'a jamais été plus commun que sous l'influence de législations inhumaines et insensées qui flétrissaient les filles-mères ; et maintenant que des mœurs plus douces ont succédé à ces sentimens exagérés, on voit que ce crime est infiniment plus fréquent dans les petites villes et les campagnes où l'opinion publique est très-sévère, que dans les grandes cités où une faute peut être plus facilement cachée. De même à quelle époque la syphilis a-t-elle fait plus de ravages ? si ce n'est quand les malheureux vénériens honnis, maltraités, mis à mort même, étaient obligés de se cacher Faute de soins leur mal empirait de jour en jour et pendant toute sa durée ils étaient des foyers permanens de contagion. J'ai vu fréquemment à l'hôpital des vénériens de Paris, où j'ai recueilli un nombre très-considérable d'observations qui doivent faire la base d'un travail très-étendu sur la syphilis, j'ai vu, dis-je, des sujets qui avant d'entrer à l'hôpital en avaient infecté plusieurs autres. Là aussi plusieurs faits m'ont fait connaître un préjugé aussi funeste qu'absurde qui règne dans le peuple, savoir qu'un homme affecté de sa blennorrhagie, s'en guérit en la communiquant à une jeune fille impubère. Je n'oublierai jamais un misérable affecté de chancres qui se vantait d'avoir donné volontairement sa maladie à une jeune fille de seize ans la veille de son entrée dans les salles.

La première mesure de police médicale consisterait donc à séquestrer les malades ; mais à coup sur le plus mauvais moyen pour atteindre le but serait d'employer la violence. Il faut donc multiplier autour des vénériens les secours de toute espèce, et les attirer dans les hôpitaux par de bons traitemens. Les gens du peuple d'ailleurs ne demandent pas mieux que d'y entrer, malgré l'aspect fâcheux de la plus grande partie de ces établissemens ; à plus forte raison s'empresseraient-ils de s'y présenter si l'on avait le bon esprit de faire disparaître toute idée de honte et de réprobation, et si l'on voulait les admettre simplement dans les hôpitaux ordinaires ; ce qui est mon opinion particulière. Il y a plus d'un inconvénient à réunir les vénériens dans un hôpital spécial et à les stygmatiser comme on le fait. Indépendamment de ce que cela entretient l'idée d'une maladie toute particulière et dans laquelle les idées générales de la pathologie ne sauraient en aucune façon convenir, il en résulte un grand danger moral. Les salles des vénériens sont comme les bagnes, on en sort plus corrompu qu'on n'y est entré : j'ai vu des enfans des deux sexes que le malheur y avait amenés y recevoir de bien funestes leçons. L'administration municipale de la ville de Paris vient de prendre une détermination des plus sages et dont les bons effets ne tarderont pas à se faire sentir en fondant une succursale pour l'hôpital des vénériens. Jusqu'ici l'exiguité du local obligeait à ne recevoir que les sujets les plus gravement affectés et voilà ce qui arrivait : tel malade légèrement atteint et qui aurait guéri en trois semaines ou un mois s'il eut pu être admis dès le début, voyait son état empirer sous l'influence du mauvais régime, de la malpropreté, des excès, et souvent aussi du traitement vicieux auquel il était soumis par les charlatans qui s'emparaient de

lui au grand dommage de sa bourse et de sa santé, et alors il était admis à son tour dans les salles où il séjournait trois, quatre ou six mois. Ici, comme on le voit, les intérêts sanitaires, administratifs et financiers se confondent complétement.

Les consultations publiques et gratuites avec distribution de médicamens ne doivent pas être négligées, mais elles n'offrent qu'une ressource incomplète en n'isolant pas les malades. D'ailleurs on n'a aucune bonne raison à donner contre l'admission des malades dans les hôpitaux ordinaires, au moins pour les symptômes primitifs qui sont les plus essentiellement contagieux, si l'on considère que les meilleurs praticiens s'accordent à n'employer le mercure, sauf de rares exceptions, que contre la syphilis constitutionnelle. Les consultations considérées comme mesure transitoire ont encore l'avantage d'avertir les malades eux-mêmes de la nature de leur mal qu'ils peuvent ignorer, et de les engager à se faire traiter au plutôt, et sont utiles à cette classe de personnes qui sans être précisement indigentes ne peuvent cependant supporter les dépenses qu'occasionne une maladie, et qui ayant une éducation plus soignée sont plus capables de se traiter à domicile, et ont assez de lumières et de moralité pour ne pas favoriser la transmission de la maladie.

C'est surtout à séquestrer les gens du peuple qu'il faut s'attacher : c'est par eux surtout que la maladie syphilitique se propage et pénètre dans toutes les classes de la société. On aurait peine à compter le nombre d'enfans contagiés par les nourrices seulement, et qui vont porter la maladie au sein de familles qui auraient dû en être toujours exemptes. Ainsi donc en s'occupant de guérir et de prévenir la maladie vénérienne chez les pauvres, on travaille aussi pour le riche qui est souvent puni de sa mauvaise conduite par la perte de la santé.

Il ne faut pas croire cependant qu'il y ait un grand avantage à exagérer les dangers de la syphilis. L'erreur et le mensonge ne peuvent avoir de bons résultats. J'ai toujours vu que cette crainte toute insuffisante pour arrêter une jeunesse inexpérimentée, n'a d'autre effet que de produire chez des sujets méticuleux une *syphiliphobie*, monomanie véritable que j'ai observée surtout chez les étudians en médecine. Pour ceux qui en sont atteints, il n'est plus de repos ; les phénomènes les plus simples et les plus insignifians sont pour eux la vérole; avec la peau la plus saine, ils se voient couverts d'ulcères rongeans, et sont persuadés qu'ils ne guériront jamais, qu'ils ne pourront jamais se marier sans communiquer à leurs femmes et sans transmettre à leurs enfans une odieuse et funeste affection. Plus d'un suicide a eu pour cause cette triste préoccupation. Heureux encore ces malades s'ils tombent entre les mains d'un médecin honnête homme et expérimenté tout à la fois ; car s'ils s'adressent à l'un des médecins trop nombreux qui n'ont étudié la syphilis que dans les livres, ils l'induiront en erreur, et l'obligeront à leur administrer un traitement qui est aussi nuisible quand il n'est pas indiqué qu'il est efficace et salutaire lorsqu'il existe une véritable syphilis. Que sera-ce donc, si comme il y a cent chances pour une, ils s'adressent aux charlatans dont fourmillent nos grandes villes et qui peuvent être considérés comme un fléau plus funeste que la syphilis elle-même.

Si j'étais appelé à éclairer l'autorité sur ce sujet, je lui dirais foulez aux pieds une prétendue pudeur, et ne craignez pas de faire connaître à vos administrés ce dont l'ignorance leur coûte si cher. De même que vous faites afficher des avis relatifs aux accidens produits par la morsure des animaux enragés, et sur les moyens de les prévenir et de les combattre, faites afficher ou publier d'une manière qui vous paraîtra plus opportune une instruction telle à peu près que celle-ci.

Avis au peuple sur la maladie vénérienne.

« La maladie vénérienne est une affection essentiellement contagieuse, c'est-à-dire qui se transmet des » personnes malades aux personnes saines. C'est une » affection grave; quelle que soit sa bénignité à son début, » elle peut même après une apparente guérison donner » lieu à des maux extrêmement fâcheux. Lorsqu'elle est » convenablement traitée au commencement on peut en » espérer une guérison facile, prompte et solide. Il n'en » est pas de même de celle qui est invétérée ou qui a » été mal traitée. La maladie vénérienne et son traitement sont parfaitement connus des médecins ; le public devra donc se défier des remèdes secrets qu'on » lui annonce de toutes parts ; et s'adresser avec confiance aux hôpitaux, et aux consultations publiques » qui lui sont présentés par l'administration. »

Je ne doute pas qu'un semblable avis, qui certes n'a rien dont la pudeur publique puisse être blessée, produirait des résultats sensibles et en peu de temps.

On a pu voir que jusqu'ici j'ai indiqué principalement des mesures morales ; c'est qu'en effet je les considère comme les plus efficaces de toutes, et comme devant ouvrir la voie aux autres. L'extension donnée aux secours, et la forme moins répoussante sous laquelle ils seraient offerts, en même temps qu'on répandrait dans le peuple des idées plus justes sur la nature et le traitement de la maladie vénérienne, seraient les moyens les plus sûrs d'arrêter les scandaleux succès des charlatans *de toute espèce* qui exploitent si fructueusement pour eux l'ignorance, la crédulité et la fausse honte des malades. On a vu jusqu'à présent les marchands de remèdes secrets se jouer de toutes les mesures législatives et de police, par lesquelles on a voulu les atteindre, et se faire même de leurs condamnations un nouveau moyen de publicité et de succès, le véritable moyen est je crois celui que j'indique ; il a d'ailleurs l'avantage d'être légal et d'une facile exécution ; et si la police en France laisse placarder et afficher les annonces des charlatans, pourquoi n'emploierait-elle pas la même voie pour les combattre ? C'est d'ailleurs un funeste abus de la liberté de la presse que de voir chaque jour les journaux de toute opinion mettre, pour de l'argent, leurs colonnes à la disposition des charlatans les plus éhontés et leur fournir ainsi une publicité qui multiplie à l'infini les dupes et les victimes.

Ce n'est point ici le lieu de faire connaître les faits nombreux que je possède relativement aux remèdes secrets seulement pour la maladie vénérienne ; ce pourra être le sujet d'un mémoire particulier ; je ne voulais qu'établir la facilité avec laquelle on pourrait remédier à ce mal très-réel, et qui exerce une grande influence sur la propagation et l'aggravation de la syphilis.

Nous arrivons à l'indication des moyens les plus directs, savoir : la surveillance sanitaire exercée sur les filles publiques et l'emploi des moyens préservatifs. A Paris les filles publiques sont soumises à une visite faite par des médecins, visite qui a lieu *tous les huit jours* pour celles qui sont dans les maisons de prostitution, et *tous les mois* seulement pour celles qui sont *en carte*, c'est-à-dire qui sont dans leur domicile. A chaque visite celles qui sont malades sont arrêtées par mesure de police, et détenues dans une prison où elles sont traitées jusqu'à guérison : celles au contraire qui sont trouvées saines reçoivent un certificat, sorte de *patente nette* qui leur donne jusqu'à la visite suivante le droit de circuler. Il est inutile de faire ressortir ce qu'a d'absurde la différence établie entre ces deux classes de filles. Il résulte de mes observations à l'hôpital, et dans ma pratique particulière, que ces filles *en carte*, sont celles qui propagent le plus la maladie syphilitique, précisément à cause de ce que, par leur position, elles inspirent moins de défiance que celles dont la prostitution est évidente. Bien certainement cette visite mensuelle n'offre aucune garantie à la santé publique.

Dans un autre écrit j'ai démontré que la visite faite tous les *huit* jours était encore insuffisante puisque la moyenne de l'incubation de la syphilis est de *quatre* jours, et qu'en conséquence une femme qui a reçu le germe de la maladie la veille ou l'avant-veille de la visite, paraîtra saine et recevra une attestation de santé, avec laquelle elle aura *sept jours* tout entiers pour communiquer son mal ; attendu que comme on le sait les symptômes syphilitiques occasionnent, en général, peu de douleurs chez les femmes.

De ce qui précède, résulte la nécessité de soumettre les filles publiques à une surveillance active et de les faire visiter par des médecins tous les *quatre* jours *au moins* : et il faut que cette visite ne soit pas illusoire comme elle l'est quelquefois par négligence ou par une indulgence coupable ; mais que l'exploration des parties sexuelles ait lieu avec le *speculum*, attendu que des lésions plus ou moins graves peuvent occuper le haut du vagin et le col de l'utérus, et se soustraire ainsi à un examen trop superficiel. Depuis l'établissement du dispensaire à Paris la proportion des filles publiques affectées de syphilis avait diminué d'année en année, malgré l'imperfection avec laquelle ce service se faisait. D'après les derniers rapports du conseil de salubrité on ne comptait *qu'une* fille malade sur cinquante-cinq et plus. Quelles améliorations ne pourrait-on pas attendre d'une surveillance plus sévère et de visites plus rapprochées et plus exactes ! serait-il si absurde de croire que quelques années de mesures semblables pourraient sinon extirper la syphilis du moins la restreindre et la refouler notablement.

Les préservatifs proposés seraient plus utiles si l'on comprenait mieux leur mode d'action et leur portée, au lieu de leur accorder une confiance aveugle quoique bien souvent trompée. C'est ici surtout que s'élève cet obstacle de moralité puritaine et souvent hypocrite que j'ai indiqué au commencement de mon travail (et traité plus au long dans l'article *Prophylaxie* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, tome 13) et dont les progrès de la raison publique et de la véritable moralité doivent facilement triompher.

Les *condoms* sont efficaces lorsqu'ils sont de bonne qualité, ce qui est rare ; car je possède un grand nombre d'observations dans lesquelles l'infection a eu lieu malgré leur usage. Ils ne doivent donc être considérés que comme un moyen accessoire et ne pas dispenser des lotions dont nous allons parler plus bas.

Les divers préservatifs réputés spécifiques, préconisés et vendus par leurs inventeurs, sont pour la plupart des matières grasses, ou savonneuses, ou des poudres dont on doit se servir avant ou après le coït. Les corps gras peuvent avoir l'avantage, lorsqu'on les emploie avant l'acte, de former une couche peu perméable qui empêche les produits de sécrétion morbide d'adhérer aux parties sexuelles. Ils seraient profitables surtout si après la copulation on avait recours au savon qui enlèverait tout à la fois le corps gras et les matières virulentes qui pourraient être restées à la surface des parties. Mais autant les lotions savonneuses sont utiles dans ce cas autant elles sont nuisibles avant le rapprochement sexuel ; alors, en effet, elles mettent complétement à nu la membrane muqueuse, la *décapent*, pour ainsi dire, et la disposent à recevoir et à absorber les mucosités ou le pus contagieux.

Les poudres diverses ne sont autre chose que des alcalis plus ou moins étendus dans une poudre inerte, et qui décomposent les matières animales ; on les conseille avant et après le coït ; elles opèrent irrégulièrement.

C'est de la même manière qu'agissent les chlorures liquides dont l'emploi ne saurait être trop recommandé, parce qu'ils ont l'avantage d'atteindre partout, ce que ne font pas les poudres. L'urine que les gens du peuple emploient par un heureux instinct est infiniment utile : elle a surtout l'avantage de laver le canal de l'urètre de dedans en dehors, ce qu'aucun autre moyen ne peut faire.

Les divers moyens que je viens d'énumérer sont tous bons, pourvu qu'ils soient employés d'une manière convenable, et aucun presque ne mérite de préférence réelle sur les autres. Les corps gras les plus simples, du savon ordinaire, de la cendre, de l'urine remplissent également l'objet qu'on se propose, savoir de garantir les parties, ou bien d'ATTEINDRE et de DÉCOMPOSER les produits de sécrétion morbide, véritables germes de la syphilis. On doit savoir que dans beaucoup de cas le prépuce forme des replis et présente les orifices béans de follicules sébacés dans lesquels une molécule infiniment pe-

tite de pus contagieux peut se loger, et se soustraire à l'action des substances propres à le décomposer. De là résulte la nécessité de *développer* tous les replis, de *frotter* avec précaution cependant les parties, et de *renouveller* les lotions de manière à ce qu'aucun point n'en soit exempt. Car il suffit d'un *atome* de matière virulente pour produire la maladie.

Je crois avoir démontré dans un travail sur les *virus et les affections virulentes*, publié en 1828 dans le Journal général de médecine, et dans un mémoire sur la *méthode ectrotique appliquée à la maladie vénérienne* (Archives générales de médecine 1828) que les virus, ou liquides contagieux étant déposés à la surface des parties ou même introduits sous l'épiderme ne vont point, transportés par l'absorption, voyager par toute l'économie pour revenir ensuite produire leur effet au point d'insertion; mais que semblables à une graine confiée à la terre, ils restent là où ils ont été déposés et y développent les phénomènes qui leur sont propres, et qui pendant la première période de leur existence sont *purement locaux*. De la connaissance de ce fait résulte d'abord la possibilité de détruire cette *semence* avant qu'elle ait commencé à *germer;* secondement la possibilité, même après qu'elle a commencé à se développer, de l'*arracher* en quelque sorte et d'arrêter ainsi son accroissement. Cela établit d'une manière irrécusable la nécessité des moyens prophylactiques qui viennent d'être indiqués et fait concevoir surtout combien il importe qu'ils soient employés avec connaissance de cause. A quoi servira en effet une lotion avec quelque substance qu'elle soit faite, si l'on n'a pas soin qu'elle atteigne *toutes* les parties sur lesquelles le virus a pu être déposé Le nombre des sujets que nous avons vu être affectés de symptômes syphilitiques même après avoir employé de *prétendus préservatifs*, montre assez combien ils sont *mal employés*. D'un autre côté nous avons vu plusieurs individus que de simples lotions avec de l'eau et du savon et même de l'urine ont constamment garantis, quoiqu'ils se soient bien des fois exposés, et souvent même au danger le plus manifeste.

Il faudrait donc que dans les maisons de prostitution, seuls lieux où ces mesures sanitaires soient praticables, l'autorité compétente exigeât qu'on fut constamment pourvu de chlorures alcalins et de savon, et qu'un avertissement placé en évidence fit savoir combien il est utile d'employer ces agens, et indiquât la manière de s'en servir. Une précaution bien efficace consisterait à obliger les femmes à une lotion préalable, qui en entraînant les produits de sécrétion morbide diminuerait d'autant les chances de contagion : mais on doit avouer que cela est presque impraticable, et que les préservatifs indiqués s'adressent plus particulièrement aux hommes.

Le mode de traitement employé dans les affections syphilitiques n'est pas à beaucoup près sans influence sur l'extension qu'elles peuvent prendre, et l'on ne peut s'empêcher de reconnaître comme une des causes les plus puissantes de leur propagation, l'usage très-généralement adopté d'abandonner à eux-mêmes les symptômes locaux primitifs (ceux qui sont le plus évidemment contagieux) d'après l'idée que leur guérison prompte devait amener des phénomènes d'infection générale, parce que le virus, disait-on, était dans ce cas *refoulé à l'intérieur*. Mais si l'on observe d'une part que les malades gardent bien rarement la continence pendant toute la durée du traitement; de l'autre que des exemples nombreux prouvent l'innocuité parfaite du traitement propre à faire *avorter* les symptômes locaux, savoir: l'emploi du poivre cubèbe ou du baume du copahu pour la blennorrhagie; et pour les chancres, la cautérisation pratiquée dès le début de manière à *détruire en totalité* la partie qui recèle *encore tout le mal*, on sera conduit à reconnaître que c'est là un moyen puissant d'atteindre le but qu'on se propose, savoir: de *restreindre la propagation de la maladie vénérienne.*

On devrait donc dans l'intérêt général adopter cette mesure : quand même il en devrait résulter quelque dommage pour les malades, ils seraient au moins seuls à porter la peine de leur faute.

Mais la philanthropie de nos adversaires ne doit pas s'alarmer; il n'y a de danger pour personne dans ce que nous proposons et il me serait facile de le prouver par des faits nombreux et bien circonstanciés.

Je me résume et je dis :

1° *On doit*, toutes considérations écartées, s'occuper d'arrêter la propagation de la maladie vénérienne.

2° *On peut*, atteindre ce but avec assez de facilité en restreignant le nombre des foyers de contagion par les moyens que j'ai signalés plus haut, et qui consistent :

(A.) A multiplier pour les vénériens les moyens de secours de toute espèce; savoir : les hôpitaux soit spéciaux, soit ordinaires, et les consultations publiques et gratuites avec distribution de médicamens;

(B.) A répandre dans le peuple des idées justes sur la maladie syphilitique et le traitement qu'elle réclame;

(C.) A sévir contre les charlatans, et plutôt encore à les décréditer en faisant connaître leurs menées;

(D.) A augmenter la surveillance sur les filles publiques et à multiplier les visites afin de séquestrer au plutôt celles qui sont malades;

(E.) A encourager l'emploi des moyens préservatifs en éclairant le public sur leur mode d'action;

(F.) Enfin, en adoptant la méthode de traitement qui abrège le plus la durée des symptômes locaux primitifs qui sont essentiellement contagieux.

C'est la combinaison des différentes mesures proposées qui sera efficace; tandis qu'on ne saurait attendre de l'adoption d'une ou de plusieurs d'entre elles qu'une amélioration incomplète et insuffisante. Il est facile de concevoir que de leur emploi soutenu et bien dirigé, résultera non-seulement une diminution dans le nombre des cas, mais encore une véritable mitigation de la maladie, seulement en ce sens qu'on verra moins d'af-

fections vénériennes invétérées, devenues constitutionnelles et exaspérées par des traitemens intempestifs ou mal conduits. Car c'est une des qualités essentielles des maladies virulentes de ne point s'altérer malgré des transmissions multipliées, et de se présenter constamment avec les caractères qui leur sont propres. Considérée de cette manière, la syphilis n'est pas, à beaucoup près, aussi grave qu'on le pense; car la plus grande partie des maux qu'on lui attribue ne lui appartiennent pas, et doivent dans un grand nombre de circonstances être rapportées au traitement. On peut dire de la syphilis, avec une parfaite exactitude ce que le respectable et judicieux Foderé disait du scorbut « Plus les » gouvernemens deviendront tutélaires, plus l'horrible » maladie dont nous parlons disparaîtra du cadre des » épidémies, pour reparaître de nouveau quand les scè- » nes du moyen âge s'offriront de rechef sur le théâtre » de ce monde. »

Quelque chose qui arrive, il restera toujours à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles l'honneur d'avoir appelé l'attention sur un point aussi capital de l'hygiène publique, et je m'estimerais trop heureux si j'ai pu seconder en quelque chose ses vues philanthropiques et progressives.

Quelques considérations sur les moyens à employer pour arrêter les progrès de la maladie vénérienne, en réponse à cette question : *Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie syphilitique?* Mémoire mentionné honorablement au concours de 1834 ; par N. Peetermans, docteur en médecine de l'Université de Liége, membre effectif de la Société des sciences naturelles de la même ville, membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, à Seraing sur Meuse.

Experto crede Roberto.

Si l'opinion de quelques auteurs modernes était heureusement revêtue du manteau de la vérité, nous n'aurions pas à répondre à une question aussi importante que celle qui a donné l'éveil à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Des doutes récens ont été élevés sur la contagion de la syphilis. MM. Jourdan, Richond (1), Devergie, Lefèvre, Dubled ont été les principaux auteurs qui ont osé dire qu'elle n'était pas contagieuse. Des malheureuses expériences ont été tentées par des jeunes téméraires à l'hôpital des vénériens, dans le but de prouver que le virus syphilitique n'existait pas (1), virus si bien nommé par Hunter poison animal morbide; aussi quelques-unes ont-elles été suivies d'un repentir amer.

Pour démontrer que ce virus était un véritable être chimérique, on a recueilli d'un côté une masse de faits qui prouvent que les accidens syphilitiques se sont développés spontanément; d'un autre côté on a invoqué des faits non moins nombreux dans lesquels la contagion n'a pas eu lieu quoiqu'il y ait eu coït impur, c'est-à-dire bien qu'il y ait eu communication avec des personnes infectées, ou insertion du virus vénérien. Pour fortifier davantage cette opinion, on s'est appuyé sur les succès du traitement simple, sur les accidens qui suivent l'administration du mercure, sur l'inefficacité de ce médicament dans beaucoup de cas, et enfin sur une foule d'autres raisonnemens analogues à ceux que nous venons de citer, tant domine l'esprit de parti lorsqu'il s'agit d'avoir de l'unité dans un système. Tout en admettant comme exacts tous ces faits et toutes ces propositions que MM. Rostan et Lagneau ont si bien détaillés et réfutés, il n'en est pas moins vrai que la syphilis est contagieuse, et qu'elle ne soit regardée comme telle par la Société, ainsi que par nous, et qu'il est en conséquence de notre devoir de chercher les moyens les plus propres à en amortir la propagation.

Ce qui prouve que cette maladie est contagieuse, c'est que depuis son origine, qui, quoique inconnue, paraît cependant dater de vers la fin du XIVe siècle, elle n'a pas cessé de régner en Europe où elle a exercé ses ravages par la malheureuse ignorance dans laquelle se trouvait la science par rapport à la nature de la maladie et aux moyens à employer pour la combattre. Ce n'est que depuis 1792, que la médecine a fait, tant en France que dans notre pays, des véritables progrès qui sont dus à la mémoire de M. Cullerier, lorsqu'il obtint la fondation de l'hôpital des vénériens, et qu'il procura ainsi les améliorations que l'humanité réclamait. Antérieurement à cette époque, les malades atteints d'affections vénériennes, étaient considérés comme le rébut de la société, comme des misérables qui méritaient à peine qu'on s'occupât d'eux; un pareil état de choses ne pouvait que contribuer à rendre la maladie plus commune et plus dangereuse; c'était en quelque sorte la nourrir. Ce fut donc ce médecin, aussi grand pour les vénériens, que le fut Pinel pour les aliénés, qui démontra aux administrateurs que ces hommes dont on prenait si peu de soins, étaient tout aussi dignes de pitié que ceux qui peuplent les autres hôpitaux; qu'ils appartenaient à la même classe, et que rien ne justifiât l'éloignement qu'on avait pour eux; ce fut lui enfin, qui démontra que la fausse route dans laquelle on était engagé ne pouvait qu'augmenter le nombre de ces malheureux.

Mais il ne suffisait pas d'avoir des hôpitaux destinés pour ces maladies, non sans raison appelées honteuses ou cachées, ce qui fait que les personnes atteintes

(1) M. Richond a écrit trois volumes pour prouver la non-existence du virus-vénérien ; il eut pu, selon nous, mieux utiliser son savoir.

(1) Art. Syphilis du *Dict. de Méd.*, par M. Lagneau.

s'éloignent des secours de l'art, soit par pudeur, soit par honte, soit par crainte, soit par négligence, soit enfin pour toute autre cause. Aussi voit on y entrer peu de malades récemment affectés; presque tous, hommes et femmes continuent leurs travaux jusqu'à ce que la gravité des symptômes, les force à venir réclamer du secours. Les ouvriers surtout, offrent presque toujours des bubons en suppuration, des chancres très-enflammés avec phimosis, ou des blennorrhagies excessivement aiguës; d'autres fois ils se présentent avec ces mêmes affections à l'état chronique. Il n'y a pas de doute qu'avant que la maladie ne soit arrivée à ce haut degré d'intensité ou d'ancienneté, ces personnes n'aient communiqué le germe contagieux qu'elles portent à d'autres individus et qu'elles ne favorisent ainsi la propagation des maladies vénériennes.

Ce sont ces considérations qui ont porté naturellement à aviser à d'autres moyens encore et à recourir à des mesures quelconques de police médicale. Mais vers qui devait-on tourner ses vues pour obtenir un résultat? C'était sans doute, vers la source du mal, la prostitution, car l'on a dû penser que l'un des meilleurs moyens de diminuer la fréquence des maladies vénériennes, était d'exercer une police active sur les prostituées et de séquester celles qui peuvent être atteintes de la syphilis. C'est pourquoi on a admis les maisons de prostitution, puisqu'elles offraient le grand avantage de faciliter la surveillance. Mais a-t-on atteint au moyen de semblables institutions, le grand but qu'on s'était proposé? nous ne le croyons pas. Ce but est manqué selon nous, parce qu'il existe une quantité innombrable de maisons de rendez-vous, où les femmes se livrent à la prostitution, et qui échappent à la surveillance qu'on a supposé utile d'établir. Il faudrait donc exercer une police médicale active sur la prostitution en général, non-seulement sur les maisons de débauche reconnues publiquement pour telles, mais encore sur ces maisons de rendez-vous qui fourmillent dans toutes nos grandes villes. Mais comment s'exerce cette police médicale et la surveillance qu'elle comporte, sous le rapport de l'exécution? Nous connaissons telle ville, où une seule visite hebdomadaire a lieu; de bonne foi est-ce assez? D'un autre côté, comment s'effectue cette visite? On se borne à regarder à la hâte, les parties génitales extérieures de la prostituée, tandis que celui qui en est chargé sait positivement que dans un très-grand nombre de cas il n'existe aucun symptôme de syphilis, ni aux grandes ni aux petites lèvres, ni même à l'entrée du vagin; qu'il peut arriver qu'il n'y a ni écoulement ni douleur, tandis qu'il peut exister des ulcères qui siégent sur la partie profonde du vagin et sur le col de l'utérus, capables encore de transmettre leur venin. Croit-on peut-être que tout cela n'influe pas sur la propagation des maladies qui nous occupent? Il faudrait selon nous, au moins deux visites par semaine et même plus, ainsi que nous l'avons observé à Anvers, et que chaque femme fut passée *au speculum*, comme fait à Paris M. Cullerier, car les institutions de cette immense capitale méritent de servir de modèle en ce genre, puisqu'on est parvenu à ne plus compter aujourd'hui qu'une femme publique malade sur cinquante-une (1). L'usage du spéculum devrait surtout être imité partout et même dans la pratique privée, toutes les fois que les circonstances le permettent ou l'ordonnent. C'est le moyen le plus sur pour s'assurer de l'état des parties internes des organes génitaux.

La pratique du spéculum est d'autant plus essentielle, que nous avons vu plusieurs fois les femmes publiques, user de tous les moyens possibles, pour que le pus ou l'ulcère échappât à la visite qu'elles connaissent régulière et en quelque sorte à heure fixe, circonstance qui constitue encore un défaut d'une autre espèce dans la surveillance. S'il n'y a qu'une visite par semaine, qu'elle soit au moins la plus irrégulière possible, quant au jour et à l'heure, de manière qu'elles subissent cette visite à l'improviste. Il est très-utile de mettre cette recommandation à profit, car elles savent, comme elles disent elles-mêmes, fort bien se blanchir, soit avec la pierre infernale, soit avec le tabac, ou avec toute autre substance telle que l'eau de Goulard, l'eau vinaigrée, le vin, etc., pour cacher leur mal. *Experto crede Roberto.*

Une chose des plus essentielles encore, c'est de savoir faire un choix convenable dans la personne du médecin chargé de faire cette visite. Il faut que ce médecin ait une réputation irréprochable sous tous les rapports. Le médecin qui remplit cette besogne, désagréable sans doute, mais salutaire, doit être sévère, despote en quelque sorte sans être brutal, indépendant et surtout jaloux de remplir sa tâche avec probité et conscience; rien ne doit l'ébranler, ni l'arrêter dans l'exécution de ses devoirs quelques pénibles qu'ils soient. Une fois qu'il a reconnu qu'une fille prostituée est atteinte, plus de quartier; qu'elle passe à l'hôpital pour être guérie radicalement. Nous faisons cette observation parce que nous avons vu souvent que, condescendant sur ce point, il la traite dans le pensionnat même, ce qui est blâmable selon nous puisqu'il ne peut plus, par son absence, répondre de cette personne ni de ses actes.

Quant aux filles sans demeure fixe, se livrant néanmoins à la prostitution dans ces maisons que nous avons qualifiées de rendez-vous, il serait urgent que les régences prissent des mesures de police telles qu'elles fussent encore sous la surveillance immédiate de la police médicale. Ce genre de prostitution favorise plus que le précédent, à n'en pas douter, la maladie dont nous voulons restreindre la propagation. Il faut pour s'en convaincre suivre ces maisons en amateur et observer tout ce qui s'y passe; on trouve là matière à raisonner. Le plus souvent ce sont de ces femmes sans ressources, sans pain et enflées cependant d'ambition qui se présentent à la première demande de l'hôtesse.

---

(1) C'est là ce que disait M. Marc en 1822. Art : Contagion, pag. 559 du 5e vol., du *Dict. de Méd.*, en 18 vol.

Eh bien! ces femmes fussent-elles malades, elles prêteront, soyez en sûrs, pour un moment leurs organes, quoique souffrans. Pour vous en assurer, interrogez plutôt ces jeunes gens sur le lieu où ils ont pu gagner le mal pour lequel ils vous approchent, ils vous diront qu'ils ont fait la grande sottise d'entrer dans une maison de rendez-vous. C'est donc ce genre de prostitution qu'il faudrait tâcher d'atteindre. La police civile si active dans d'autres circonstances, quelquefois moins importantes, parvient presque toujours à déterrer ce qu'elle cherche; dans ce cas, elle ne parviendrait pas moins à connaître d'une manière positive ces maisons, et pourrait ensuite les soumettre aux dispositions réglementaires sur la matière. Cette manière de procéder aurait en outre un bien-être moral inapperçu; elle mettrait non-seulement un frein à la débauche en intimidant ceux qui se livrent à leurs passions en s'y réfugiant, mais pourrait en même temps influer sur le nombre des enfans naturels, trouvés ou abandonnés, qui aujourd'hui est effrayant.

Un troisième genre de prostitution aussi difficile à reprimer qu'à surveiller, est celui qui se remarque dans les grandes villes en général, mais qui, à Bruxelles, nous devons le dire, nous a surpris particulièrement, attendu le nombre considérable de ces femmes qui parcourent paisiblement les rues pendant la nuit et sans aucune molestation de la part de la police, et cela pour tâcher de trouver le chaland à qui elles pourront débiter leurs faveurs moyennant salaire. Ce sont ces femmes, dépourvues d'ordinaire de toute ressource, qui sont à nos yeux les plus dangereuses et qui contribuent le plus à propager le mal vénérien sans qu'on puisse en diminuer le danger. Ce sont surtout ces jeunes conscrits, ces jeunes apprentis de toute espèce, peu initiés aux habitudes des grandes villes, qui payent souvent cher l'ignorance dans laquelle ils se trouvent; aussi leurs chefs devraient-ils les avertir du danger qu'ils courent en s'abandonnant à la complaisance, le plus souvent funeste, de ces femmes; les pères de famille devraient en faire tout autant vis-à-vis de leurs fils. Tous les moyens sont bons, dès qu'ils conduisent au but; toutefois ceux que nous venons de signaler ne sont pas de moindre valeur, pour diminuer la propagation du germe syphilitique que nous voudrions anéantir par ces seuls conseils s'ils étaient donnés et suivis exactement. Mais cet espoir n'étant qu'une chimère il faut bien tourner tête d'un autre côté. Ainsi, puisque d'une part il est impossible de soumettre ces femmes à une police quelconque, et que de l'autre on ne peut parvenir à en faire apprécier le danger; il nous paraît qu'il faut chercher à remédier au mal qu'elles occasionnent par d'autres moyens, qui selon nous devraient consister à améliorer leur sort par toutes les voies honnêtes qui procurent les moyens d'existence; à faire un appel à la commisération publique; à exciter les vues philanthropiques de ces riches testateurs, tels que les Monthyon en France, et les Lonhienne en Belgique; à leur procurer un asile et un travail qui puisse suffire à leur nécessaire sans se livrer au triste et misérable métier de captation auquel elles sont réduites. Ce qui nous porte à penser ainsi c'est que nous croyons que tant que l'on ne cherchera pas à agir sur la cause, on ne pourra espérer d'en diminuer l'effet. Nous savons que nos vues sont d'une exécution difficile; mais elles n'en sont pas moins élevées.

Un autre moyen propre à diminuer les progrès de la syphilis est l'établissement d'un hôpital uniquement destiné à la cure de cette maladie. On connaît l'hospice des vénériens de Paris; Bruxelles peut-être en a un; mais Liége, cette ville populeuse et industrielle, cette ville dont les hospices sont immensément riches, cette ville, cela lui fait honte, n'a pas un hôpital des vénériens, et Liége est cette même ville qui ambitionne (1) un rang distingué parmi celles du royaume! il y a peu d'années, ces hospices si riches ont été jusqu'à réfuser dans leur budjet quelque petite allocation qui était destinée à entretenir une chambre de publiques vénériennes, laquelle ressemblait à une prison; de là l'horreur qu'elle inspirait; ces mêmes hospices ont été jusqu'à défendre l'entrée des vénériens dans l'hôpital civil de Bavière, et tout cela prétenduement parce qu'ils ne sont pas tenus de fournir à la dépense pour cette maladie particulière qui seule paraît faire exception. Quelle philanthropie! Nous devons à la mémoire de notre digne professeur Ansiaux, de dire qu'il a su parer plus d'une fois à tous ces inconvéniens; et le plus souvent à ses dépens. La ville de son côté, déjà surchargée par une foule d'entreprises gigantesques n'accorde pas non plus les subsides nécessaires, s'appuyant sur l'obligation dans laquelle les hospices doivent être circonscrits. Le gouvernement qui demande toujours pour ne rien donner, laisse les choses dans ce triste état sans forcer l'une ou l'autre partie à procurer les fonds nécessaires à une des plus belles fondations; et on voudrait que les maladies vénériennes ne fissent pas des progrès tandis que le premier élément pour les arrêter manque? est-ce ainsi qu'un bon gouvernement entend avoir une police de salubrité publique? aussi le gouvernement est-il à nos yeux aussi blâmable que les deux administrations qui régissent les hospices et la ville. Au lieu d'accorder des subsides pour des conservatoires de musique, pour des musées, pour des salles et des directeurs de spectacle, pour l'agrandissement des rues et des places publiques sans urgence, pour faire, défaire et refaire comme il est arrivé pour cette maudite promenade de la Sauvenière (arrêtons-nous car l'emportement nous gagne), qu'il ordonne que ces fonds tournent avant tout au profit de l'humanité? viendront ensuite les fonds destinés aux agrémens. Mais ne désespérons pas, les magistrats de la ville de Liége sont trop éclairés, trop pénétrés de ces sentimens généreux pour qu'ils ne sentent un jour la nécessité d'un hôpital des vénériens; on peut dire qu'il ne manque plus que cette institution

(1) Le *Politique*, journal de cette ville, renferme dans son n. 2 du 7 mai 1835, une adresse aux chambres belges qui est l'expression de ce que nous venons de dire sur son rang.

à cette noble et ancienne cité qui sous l'administration actuelle grandit comme à vue d'œil. Nous osons même espérer que si des plaintes telles que celles que nous manifestons aujourd'hui retentissaient à leurs oreilles, ils n'y seraient pas sourds, et qu'elles pourraient hâter peut-être l'établissement que nous réclamons avec instance.

Mais la manière d'établir cet hôpital mérite quelques considérations. Nous ne voudrions pas un hôpital qui eut les distributions ordinaires, c'est-à-dire où les deux sexes sont admis indifféremment. où il existe seulement pour toute séparation des salles qui réunissent un nombre considérable d'individus. Ce mode nous paraît vicieux. Nous croyons qu'il faudrait deux hôpitaux, un pour les hommes et un pour les femmes, et cela pour que chaque sexe soit assuré de ne rencontrer que son sexe, ce qui diminue singulièrement la crainte et la terreur que le mot hôpital inspire; il serait même peut-être utile de changer ce terme et de désigner ce lieu par celui de maison de santé. Combien de fois n'avons nous pas vu trembler la personne qui entrait dans l'hôpital, et par tout l'appareil qui s'y rencontre frémir et fuir ensuite; ou d'autres fois ne plus se représenter? qu'en arrive-t-il? le mal gagne et se propage. Dans le cas où ces établissemens offrent des dispositions telles qu'on peut réunir les deux sexes sans qu'ils aient la moindre communication entre eux, rien ne s'oppose à ce qu'ils soient destinés à les recevoir.

Dans tous les cas nous désirerions voir recourir à l'isolément comme on a l'habitude de faire pour les aliénés. Cette mesure serait à nos yeux de la plus haute importance, parce que les personnes qui ont le malheur d'être atteintes ne sont pas toujours des débauchés ou des prostituées; de là le désir d'être caché et assuré de ne pas être connu. On pourrait même négliger leurs noms, leur demeure, leur profession et généralement tout ce qui pourrait contribuer à les divulger. Les débauchés eux-mêmes et les prostituées n'ont pas toujours perdu entièrement le point d'honneur, ni toute la sensibilité dont l'homme est doué. Cette mesure pourrait même contribuer beaucoup à les attirer dès le principe du mal, surtout les prostituées. Car celles-ci ont encore une autre espèce d'honneur auquel elles tiennent, c'est de pouvoir dire qu'elles n'ont jamais eu la vérole, ce qui inspire confiance à la pratique qui va les visiter. Dans tous les cas, on pourrait avoir un réfectoire qui serait à la disposition des malades qui sont au-dessus de cette sorte d'amour-propre.

Une chose qui mérite l'attention du médecin philanthrope et philosophe, c'est d'avoir l'art de savoir captiver la bénévolence de cette espèce de malades et de savoir s'attirer une réputation en douceur, en affabilité et en respect, surtout lorsqu'on est à la tête d'un établissement considérable, lequel ne prendra vie que pour autant que toutes les règles de la bienséance y soient strictement observées et cultivées par celui qui le dirige. Nous insistons beaucoup sur ce point, et il est à notre connaissance que l'on a généralement peu d'égard pour les prostituées tant à la visite que dans les hôpitaux lorsqu'elles sont affectées de syphilis, ce qui les éloigne naturellement et de la visite et des secours thérapeutiques qu'on y donne. Qu'en résulte-t-il? elles se traitent elles-mêmes tant bien que mal et continuent leur métier qui seul peut les alimenter. De là la propagation de la maladie qui n'aurait pas lieu si elles étaient entrées à l'hôpital. Ce que nous avançons là nous l'avons vu vingt fois et plus. Les mêmes égards sont dus aux vérolés. Sans ces précautions qui ménagent la susceptibilité et la pudeur de ceux qui en ont encore, on s'expose à les écarter du lieu qui leur est utile et salutaire. Une circonstance qui nous a révolté plus d'une fois et qui inspire sans aucun doute la crainte et l'animadversion à celui qui y est soumis, ce sont les leçons cliniques qui se font sur le malade en présence d'un nombreux auditoire. Combien de fois n'avons-nous pas vu des malades qui venaient à la consultation à l'amphithéâtre ne jamais plus reparaître, uniquement pour cette raison? Combien de fois encore n'avons-nous pas vu les malades résister aux instances du professeur, et s'en aller pour ne plus revenir sans avoir montré leurs organes affectés? Malgré tout le détriment qu'en doit ressentir l'instruction, nous exigerions l'abandon de cette pratique, ou du moins qu'elle n'eut lieu que du plein consentement du malade. Qu'on y fasse bien attention tout cela contribue indirectement à propager le mal français, qui est devenu le mal de toutes les nations.

Ce qui contribuerait le plus à engager les personnes affectées d'entrer dans les maisons de santé, ce serait de leur accorder une prime modique à leur sortie; mais nous ne voudrions donner cette prime qu'à ceux et celles qui viendraient s'y faire traiter volontairement et sans contrainte. Nous sentons fort bien tout ce que cela a d'onéreux; aussi ce moyen pourrait-il être mis en usage seulement dans le commencement de l'établissement afin de lui donner de la vogue et de la réputation. Quel que soit ce sacrifice, il en résulterait cependant à nos yeux ce grand avantage en excitant ainsi le plus possible l'entrée, ces femmes qui se livrent à la prostitution dans les maisons de rendez-vous et dans les rues et lieux écartés, étant d'ordinaire réduites à la misère et devant nécessairement, saines ou malades, chercher à gagner leur vie, car c'est en définitive un métier. Aussitôt qu'elles seraient malades elles seraient les premières portées à solliciter l'entrée d'un hospice où elles seraient vêtues et nourries convenablement, y recouvrant la santé, et outre tous ces grands bienfaits, y recevant de l'argent. En supposant que tous les moyens jusqu'ici rapportés fussent établis, elles n'auraient plus de motifs pour se soustraire à une guérison volontaire qui leur procure une nouvelle vie. Si enfin la société parvenait un jour à créer pour ces femmes une espèce de retraite où elles pourraient faire pénitence à l'imitation de cette belle Magdeleine pleurant ses péchés, ce serait là que les exhortations de toute espèce devraient être faites pour les engager à abandonner une manière de vivre immorale et honteuse, indigne de la femme, tout en leur indiquant l'asile d'où

elles pourraient sortir plus tard entièrement réhabilitées et à même de gagner leur vie avec probité.

Les réflexions que nous venons de faire, tendent naturellement à diminuer le nombre des prostituées, et à restreindre ainsi la propagation des maladies syphilitiques. Il est, ce nous semble, hors de doute qui si l'on parvenait à réduire leur nombre, on réduirait de beaucoup les chances de la contagion; on pourrait même croire que la moralité se réhaussant chez les femmes, se réhausse également chez les hommes; et qu'en conséquence la luxure illicite, source du mal serait moindre. Mais ces mêmes réflexions nous conduisent à nous faire cette grande question morale : le plus sûr moyen d'arrêter les progrès de ces maladies, ne serait-il pas d'abolir la prostitution? Voilà une belle matière à traiter en écrivain moraliste, et que nous ne ferons que toucher en émettant cette opinion, que l'abolition de la prostitution ne sera possible que lorsque le moraliste sera parvenu à ramener les mœurs à leur simplicité première, ce qui étant impossible, il faudra continuer à admettre la prostitution en principe et en fait, et aviser à la soumettre à des dispositions réglementaires quelconques qui en facilitent la surveillance.

Mais il ne suffit pas d'appliquer seulement toute notre surveillance à la prostitution et de fournir les moyens de guérison à celles qui l'exercent lorsqu'elles sont accablées du résultat; il faut encore surveiller les hommes qui, autant que ces femmes, contribuent à favoriser les progrès des maladies que nous désirerions arrêter. Mais nous voici encore une fois à l'impossibilité dans les moyens d'exécution. Cependant rien n'empêche de faire subir une visite au moins mensuelle à la troupe et aux équipages de la marine tant royale que marchande; écoutez ce que dit à ce sujet M. Marc, c'est de lui que vient ce conseil : « si de semblables institutions (telles que celles de Paris sur la prostitution) existaient dans toutes les villes, et si en même temps les chefs militaires, les capitaines de marine militaire et marchande soumettaient les soldats et les matelots à des visites, lors des changemens de garnisons et des débarquemens, afin de séquestrer et de mettre en traitement les vérolés, *il ne serait peut-être pas impossible d'éteindre peu à peu la maladie vénérienne* (1). » Cette pratique exercerait la plus heureuse influence non-seulement pour arrêter les progrès de la maladie chez le soldat qui en est atteint, lequel d'ordinaire la cache aussi pour se soustraire à l'hôpital qu'il a toujours en haine, mais aussi pour lui inspirer la crainte de s'abandonner dans les garnisons à cette dernière rapaille qui le poursuit partout. Nous sommes si assurés que le militaire porte le mal où il va, qu'il est à peine nécessaire de citer des preuves à l'appui. Cependant nous dirons que dans le courant de l'été de 1833 nous avons eu deux véroles et une gonorrhée à guérir dans l'endroit que nous habitons, uniquement parce qu'un bataillon du onzième avait séjourné six semaines parmi nous. Ce que nous avançons est l'exacte vérité; qu'en est-il arrivé? Ces pauvres campagnards qui ignorent le plus souvent le mal dont ils souffrent viennent vous consulter deux mois après, ainsi que cela nous est arrivé pour l'un d'eux, offrant des désordres graves. D'autres imbus de préjugés, croyant se défaire du mal en renouvelant le coït avec une personne saine (et c'est ce que nous pouvons affirmer sans crainte d'être démenti), cherchent naturellement à séduire pour pouvoir être guéri. C'est ainsi que le mal gagne de proche en proche et finirait enfin par envahir la majeure partie d'un royaume, surtout au temps où nous vivons, où les mœurs paraissent plus relâchées que jamais.

En dernier lieu, le plus sûr moyen d'anéantir pour toujours le virus syphilitique serait de s'en tenir au sage et naïf conseil de Vandelinus Hock et d'Almemar, lequel consite à éviter les occasions de se livrer à la luxure, à moins que d'avoir l'assurance positive de l'état de santé de la personne avec laquelle on s'y livre. Nous savons que ce principe, vrai en théorie, faux en pratique, ne peut et ne sera jamais observé. Que reste-t-il donc à faire? On ne peut cependant qu'en appeler à la raison de l'homme, et le toucher par l'endroit le plus sensible. A cette fin on devrait, nous paraît-il, répandre un opuscule, espèce d'homélie, pour la classe d'hommes instruits, dans lequel on ferait ressortir, par des argumens à leur portée, tous les dangers qui résultent non-seulement du fait de la maladie, mais même du traitement (1), et surtout mentionner l'influence fatale qu'elle peut exercer sur leur génération. Il faudrait en même temps s'attacher à détruire tous les préjugés qui peuvent exister sur cette maladie: (car il en existe pour nous et nous les avons signalés) prouver à l'évidence que toutes les méthodes prophylactiques de la syphilis sont insuffisantes, dangereuses; que le sûr moyen de se soustraire à sa malignité repose uniquement et entièrement dans le précepte que nous ont donné les médecins du commencement du XVIe siècle.

Tels sont les moyens que nous avons jugés les plus propres à arrêter la propagation des maladies syphilitiques, mais qui en résumé, quoiqu'ils fussent ponctuellement exécutés et observés, ne parviendront jamais, sans un concours général, à diminuer de beaucoup ces maladies qui effraient, non sans sujet, tous les hommes bien pensans. Ce concours ne doit pas se borner à une ville, à une province, à un royaume; il faut qu'il s'étende d'un bout de l'Europe à l'autre, et même chez toutes les nations policées du vieux et du nouveau

(1) Art. Contagion que nous avons déjà cité.

(1) Nous n'ignorons pas que la syphilis ne soit une de ces maladies qui a subi dans ces derniers temps les plus nombreuses et les plus importantes réformes, principalement sous le rapport de sa thérapeutique particulière; nous savons donc que sous ces divers rapports elle a perdu considérablement du danger qu'elle devait inspirer il y a un siècle; mais il nous semble qu'il faut enfler ici ce danger pour en faire éviter l'occasion.

monde. Sans ce concours le mal pourra bien s'éteindre quelquefois dans quelques localités, mais peut-être pour y reprendre plus tard avec plus d'intensité et de violence que jamais. Il faudrait que les gouvernemens prissent des mesures générales et uniformes de police médicale; qu'ils eussent à cœur de les faire mettre à exécution partout et avec toute la rigueur que la gravité du sujet exige; qu'ils tinssent enfin de commun accord à faire pour le fléau moderne ce que fit Moïse, ce grand législateur du quatrième âge, pour la lèpre, le fléau de ce temps reculé.

Rapport fait à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, sur les mémoires qui lui ont été adressés en réponse à cette question : « *Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie syphilitique.* »

Messieurs,

En soulevant la première une semblable question, qui, dans des temps plus reculés, eût encouru l'anathème de l'Église, et eût été regardée comme un acte impie et attentatoire aux droits de la divinité, la Société des sciences médicales et naturelles s'est acquis des droits à la reconnaissance du genre humain, puisque son but en appelant l'attention des médecins sur ce sujet important, a été de recueillir les mesures de police médicale les plus propres, sinon à arrêter, du moins à diminuer ou modérer la propagation de la syphilis. En effet, quelle foule d'accidens ne surviennent pas à la suite de cette cruelle maladie et contre lesquels l'art est souvent impuissant et qui causent la désolation des familles et le malheur de ceux qui en sont les victimes!

Cinq mémoires vous sont parvenus en réponse à cette question; il est à regretter que leurs auteurs n'aient pas assez développé leur sujet en indiquant les moyens prophylactiques d'une part et les mesures réglémentaires de l'autre. Cependant ils contiennent tous des vues utiles qu'il serait à désirer de voir être mises en pratique dans les grandes villes, où la police médicale des filles publiques est généralement trop négligée. L'analyse de ces mémoires fera ressortir le mérite de chacun d'eux, en même temps qu'elle fera apprécier l'importance des mesures proposées.

Le mémoire coté n° 1, portant pour devise : *Necessitas medecina invenit, experientia perficit*, ne nous paraît pas avoir répondu complétement à la question. Il est occupé en grande partie par un projet de réglement de police concernant les filles publiques, dont presque tous les articles (au nombre de 28) sont accompagnés d'observations qui les motivent, réglement qui, à l'aide de certaines modifications, pourrait être mis à exécution, s'il y avait lieu à en faire un, mais qui ressemble d'ailleurs beaucoup à un projet présenté dans le temps à la mairie de Bruxelles, et auquel on n'a pas donné suite.

L'auteur ne fait pas mention des mesures morales; les moyens préservatifs qu'il propose sont les mêmes que ceux indiqués dans le mémoire n° 6, dont nous parlerons plus loin. Il se renferme particulièrement dans ces deux points essentiels : 1° adopter un bon réglement; 2° exiger de l'autorité et surtout des agens de police, de l'activité dans l'exécution des mesures préventives.

L'auteur place les filles publiques sous la surveillance de la haute police; il leur défend de ne se faire reconnaître ailleurs que dans les maisons de prostitution et d'avoir des communications avec les militaires; il voudrait que des rues fussent spécialement désignées pour l'établissement de ces sortes de maisons, mesure qui nous paraît excellente et qui mérite d'être adoptée. La surveillance qu'il réclame pour les garnisons a déjà été l'objet de la vive sollicitude des chefs du service de santé de notre armée.

Nous ne sommes point de l'avis de l'auteur quand il condamne tous les moyens prophylactiques. Tout en blâmant l'usage des *capottes*, il convient que le *miasme vérolique* peut être conjuré ou tout au moins diminué par les soins de propreté, et finit par conseiller les préparations de chlorure de chaux, que les filles publiques devraient *d'obligation* avoir à la disposition des *consommateurs*.

Il admet, comme il est d'habitude, que les filles publiques doivent être munies d'une carte de visite et donne même un modèle de carte. Nulle ne pourrait s'exempter de cette visite, qui serait faite trois fois par mois par le médecin que l'autorité aurait choisi à cet effet; celles qui ne se présenteraient point seraient supposées infectées et poursuivies comme telles. Ces mesures sont en partie les mêmes que celles en vigueur à Bruxelles, excepté qu'ici les visites se font plus fréquemment.

L'auteur propose pour les *maisons de passe* une mesure qui pourrait difficilement être mise à exécution, celle de visiter indistinctement toutes les femmes qui y seraient rencontrées et de s'assurer de leurs personnes si elles étaient infectées du mal vénérien. Le mémoire est terminé par une sortie contre les charlatans, qui sont aussi une des causes de la propagation de la maladie, et contre lesquels des lois répressives devraient sévir.

L'auteur du mémoire coté n° 2, ayant pour devise : *Honni soit qui mal y pense*, commence par démontrer l'imperfection des mesures mises en usage dans les grandes villes concernant les filles publiques. Il conseille de restreindre le nombre des maisons de prostitution, d'en fixer le nombre et celui des filles publiques qui pourraient y être réunies; d'établir trois ordres de ces maisons, de régler le prix de chacune à 5, à 3 et à 1 fr.; d'exiger qu'il y soit tenu des registres paraphés par la police, qui contiendraient les noms, domiciles et observations sur les pensionnaires; de régler les obligations des filles et des maîtres ou maîtresses des maisons.

L'auteur trouve qu'il est nuisible de laisser dix jours d'intervalle entre les visites des filles publiques; il voudrait qu'elles aient lieu tous les cinq jours et que les médecins qui en sont chargés fussent bien rétribués, afin de pouvoir sacrifier à ce service tout le temps nécessaire. Les visites seraient faites à l'aide du spéculum.

Il recommande spécialement la surveillance des *coureuses*, et il voudrait que leur signalement fut inscrit sur leurs cartes de santé. Il insiste sur l'amélioration du sort des prostituées, tout en exigeant beaucoup de sévérité dans la surveillance de leur conduite, pour qu'il ne soit jamais porté atteinte à la morale publique.

L'auteur termine en faisant des vœux pour que les administrations civiles et militaires puissent s'entendre dans l'intérêt de la santé publique, et mettre à exécution les mesures les plus salutaires pour s'opposer à la propagation de la syphilis.

Ce mémoire contient de bonnes choses; mais il est fâcheux que l'auteur, qui a restreint son travail à 8 pages, ne soit pas entré dans de plus longs développemens. Il a passé sous silence les moyens prophylactiques et donne trop peu de détails sur les mesures réglementaires.

Le troisième mémoire dont nous avons à nous occuper est coté n° 4, et porte pour épigraphe : *La contagion s'accroît par le nombre des victimes... G. M. — Ad utilitatem vitæ omnia consilia factaque nostra dirigenda sunt...* Tacit. L'auteur conseille l'établissement d'un dispensaire à l'instar de celui de Paris, institution dont il démontre tous les avantages par l'exposé de son organisation, auquel il a joint tous les tableaux et cartes imprimés relatifs à ce service. Il recommande l'usage du spéculum; entre dans des considérations médicales sur la nature de la syphilis, son diagnostic, sa prophylaxie, et dit quelques mots sur son traitement.

Ce travail n'est, en général, qu'une compilation des réglemens de police médicale adoptés par la ville de Paris; il nous a paru, pour cette raison, ne contenir rien de neuf, et nous le considérons comme peu intéressant.

Nous arrivons au quatrième mémoire (coté n° 6, et ayant pour épigraphe : *Plus les gouvernemens deviendront tutélaires, plus l'horrible maladie dont nous parlons disparaîtra du cadre des épidémies, pour y reparaître de nouveau quand les scènes du moyen âge s'offriront de rechef sur le théâtre de ce monde.* Fodéré, art. *scorbut* du *gr. Dict. des sc. méd.*), celui qui nous a semblé le mieux traité et le plus approchant du but de la question. Ce travail est l'œuvre d'un médecin instruit et profondément pénétré du sujet sur lequel il a entrepris d'écrire. Nous devons regretter, ainsi qu'il le dit dans sa préface, qu'ayant eu connaissance trop tard de la question proposée, il n'ait pas eu le temps de compléter son travail et de le rendre moins imparfait.

L'auteur s'attache d'abord à prouver les inconvéniens très-graves qui résultent de l'espèce de honte que les préjugés font retomber sur les personnes atteintes de la maladie vénérienne, préjugés qui éloignent des hôpitaux, où tous les noms sont affichés en tête du lit des malades, un grand nombre des personnes affectées de syphilis. Il se récrie sur la brutalité des médecins et des infirmiers, qui est encore un des obstacles que doivent surmonter les malades. Les hôpitaux des vénériens ressemblent, dit-il, aux bagnes, d'où l'on sort plus corrompu que lorsqu'on y est entré.

S'appuyant ensuite de l'autorité des meilleurs écrivains, il prouve que les symptômes primitifs de la vérole sont les plus faciles à guérir; c'est aussi l'époque à laquelle la transmission a plus facilement lieu. Il ne trouve pas aux établissemens de consultations gratuites toute l'utilité qu'on a bien voulu leur accorder, si ce n'est d'avoir l'avantage d'avertir les malades indigens de la nature de leur mal qu'ils peuvent ignorer, et de les engager à se faire traiter au plus tôt dans un hôpital. Il attache beaucoup d'importance à ce genre de séquestration.

Les effets salutaires que l'on croit atteindre en exagérant les dangers de la syphilis et de ses suites, portent, suivant notre auteur, souvent à faux; car, loin d'arrêter les jeunes gens prêts à donner dans le piége que leur tendent les filles publiques, ils s'exagèrent après coup leur état et ajoutent ainsi un mal moral au mal physique, que l'on peut appeler *syphilophobie* ou *vérolomanie*. Mais il ne voit pas d'inconvénient à ce que l'autorité éclaire le peuple sur les dangers de la maladie vénérienne, par la publication d'avis, de même que cela se pratique relativement aux accidens produits par la morsure des animaux enragés. Il donne même la formule de cet avis, qui nous paraît très-sage et ne renferme rien qui puisse blesser la morale publique.

Après avoir indiqué les moyens moraux, qu'il considère comme les plus efficaces, l'auteur passe aux mesures de police médicale, ou surveillance sanitaire des filles publiques, et à l'emploi des moyens préservatifs. Il propose de faire visiter les prostituées par des médecins tous les *quatre jours* au moins, et il ajoute, que cette visite ne doit pas être illusoire, comme elle l'est quelquefois par négligence ou par une indulgence coupable; mais que l'exploration des parties sexuelles doit avoir lieu avec le *spéculum*, attendu que des lésions plus ou moins graves peuvent occuper le haut du vagin et le col de l'utérus, et se soustraire ainsi à un examen trop superficiel.

Quant à la prophylaxie, il prône dans certaine circonstance, surtout lorsqu'ils sont de bonne qualité, les *condoms*, l'emploi des matières grasses, les poudres alcalines, les chlorures liquides, l'urine même, etc. Il croit qu'un avertissement devrait être placé en évidence dans les lieux de débauche, pour indiquer combien il est utile d'employer ces agens, et la manière de s'en servir. La comparaison qu'il fait du virus inoculé, avec une graine placée dans les conditions convenables, et la conclusion qu'il en tire pour prouver la localisation de la maladie, nous ont paru un peu hasardeuses. En effet, comment expliquer alors les phénomènes précurseurs ou prodrômes?

L'auteur, en terminant, résume son travail dans les propositions suivantes, que nous transcrivons textuellement.

« A.) Multiplier pour les vénériens les moyens de secours de toute espèce; savoir, les hôpitaux soit spéciaux, soit ordinaires et les consultations publiques et gratuites avec distribution de médicamens;
« B.) Répandre dans le peuple des idées justes sur la maladie syphilitique et le traitement qu'elle réclame;
« C.) Sévir contre les charlatans, et plutôt encore les décréditer en faisant connaître leurs menées;
« D.) Augmenter la surveillance sur les filles publiques et multiplier les visites afin de séquestrer au plus tôt celles qui sont malades;
« E.) Encourager l'emploi des moyens préservatifs en éclairant le public sur leur mode d'action;
« F.) Enfin, adopter la méthode de traitement qui abrège le plus la durée des symptômes locaux primitifs qui sont essentiellement contagieux. »

Le cinquième et dernier mémoire est coté n° 7 *bis*, et porte pour devise : *Experto credo Roberto.* Ce travail renferme beaucoup d'idées justes et est, après le précédent, celui qui a le mieux traité la question; les vues de l'auteur, quoique élevées et nobles, sont la plupart d'une exécution difficile.

Après avoir cherché à prouver l'utilité des maisons publiques et la nécessité qu'il y a d'en tolérer l'existence, s'être recrié contre la mollesse de la police envers les maisons de rendez-vous, il propose de faire visiter, au moyen du *spéculum* toutes les prostituées, deux fois par semaine, et à des heures différentes. Le médecin préposé à ce service devrait avoir outre les connaissances nécessaires, une conduite irréprochable. Il s'étend longuement sur la possibilité qu'il y aurait de la part de la police de connaître toutes les maisons de débauche et les investigations qu'elle devrait mettre en œuvre pour arriver à cette fin.

L'auteur voudrait que dans toutes les grandes villes il fut fondé un hôpital exclusivement destiné au traitement des vénériens, sous le nom de *maison de santé,* afin de ne pas inspirer de l'horreur aux malades qui voudraient y entrer. Il trouve inconvenant les leçons de clinique qui se donnent ordinairement dans ces établissemens en présence d'un nombreux auditoire; on profiterait des cas particuliers qui s'y rencontreraient, pour autant que les malades y consentiraient.

Une visite des soldats de terre et de mer lui paraît indispensable tous les mois au moins.

Il propose comme moyen moral, pour les hommes éclairés seulement, un opuscule, espèce d'homélie, dans lequel on exagérerait le danger de garder longtemps la maladie syphilitique sans la faire traiter par des hommes de l'art et où l'on prouverait que les moyens prophylactiques ne sont jusqu'ici d'aucun secours. Ce n'est que d'une manière indirecte qu'il propose la séquestration des filles publiques.

Tels sont les principaux moyens conseillés dans ce mémoire; du reste, l'auteur est clair, précis, bon observateur; mais nous devons dire que les mesures qu'il propose sont trop dispendieuses pour obtenir les résultats que nous sommes en droit d'attendre. En s'adressant, comme il le fait, aux moralistes, pour l'aider dans l'influence qu'il veut exercer sur la nature physique de l'homme, il n'arrive que tardivement au but; procéder d'une manière inverse, serait, nous paraît-il, à la fois plus sûr et plus prompt. Le peuple, et même le savant ne voient autre chose dans ces innovations que le bien-être matériel d'abord, et le bien-être moral ensuite, quand toutefois ce dernier est compatible avec le premier.

Telle est, Messieurs, l'analyse des mémoires qui vous sont parvenus en réponse à la question relative aux mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la syphilis, sur lesquels vous nous avez chargés de vous présenter un rapport. Les détails dans lesquels nous sommes entrés sur les idées développées dans chacun d'eux, ont dû vous prouver qu'aucun des concurrens n'a traité la question d'une manière complète. Le mémoire n° 1 s'est borné à proposer un réglement longuement motivé, mais qui n'a pas pour nous le mérite de la nouveauté, et à quelques considérations sur les préservatifs; celui coté n° 2 renferme bien quelques vues excellentes, mais l'auteur est trop bref et s'est renfermé dans un cadre trop étroit; le sujet méritait des plus longs développemens et plusieurs choses importantes ont été omises. Le mémoire n° 4 qui vient après est calqué sur les réglemens sanitaires du dispensaire de Paris, dont il n'est en quelque sorte qu'une compilation. Nous devons donc écarter ces trois mémoires : il nous reste à porter un jugement sur les deux derniers, (cotés n° 6 et n° 7 *bis*), qui nous ont paru mériter le plus l'attention de la société. Il résulte de l'examen auquel nous nous sommes livrés que le mémoire n° 6 l'emporte sur le n° 7 *bis*, et par la forme, et par le fond des idées, qui y sont exposées avec beaucoup d'ordre et de lucidité. Les concurrens avaient à traiter un sujet très-aride et sur lequel aucun travail antérieur ne pouvait les guider; nous aurions désiré qu'ils entrassent dans des plus longs détails sur différens points qu'ils n'ont fait qu'effleurer et sur lesquels il eut été facile de s'étendre. Nous concluons néanmoins qu'une médaille d'honneur soit décernée à l'auteur du mémoire inscrit au secrétariat sous le n° 6, de mentionner honorablement celui coté n° 7 *bis*, et que ces deux mémoires soient imprimés dans vos annales, en admettant leurs auteurs au nombre des membres correspondans de la Société.

Bruxelles, le 29 octobre 1835.

Dr Seutin, *rapporteur.*
J. R. Marinus. D.-M.
Vialle-Poniy, M.-D.

PATHOLOGIE INTERNE.

CÉRÉBRITE. — *Développement brusque. — Insuffisance du traitement ordinaire combiné, tels que saignées locales abondantes, eau froide sur la tête, vésicatoires aux jambes, aux bras, lavemens avec la décoction de feuilles de séné, persévérance des accidens. — Dangers de mort. — Vésicatoire sur toute la surface supérieure de la tête. — Guérison rapide. — Onze jours après gastro-entérite. — Le cerveau n'y prend que sa part ordinaire. — Guérison facile.* Observation communiquée par M. le Dr E. THIRION, de Namur.

L'enfant Mascal, demeurant à la caserne en cette ville, âgé de cinq ans, d'un tempérament sanguin, très-développé pour son âge, jouissait d'une santé parfaite, lorsque le 12 octobre dernier, après avoir déjeuné à son ordinaire, il fut pris de vomissemens, céphalalgie forte et assoupissement. On le porta chez un médecin, et celui-ci prescrivit cinq sangsues à la région épigastrique, et pour boisson de l'eau sucrée. Pendant le reste de la journée la maladie fit de nouveaux progrès; les vomissemens redoublèrent, la douleur de tête revint plus forte et vers la fin de l'après diner le petit malade perdit connaissance; les muscles des membres se convulsèrent et bientôt avec eux ceux du tronc et du cou; de sorte que l'enfant boudissait à chaque instant sur son lit; les paupières supérieures étaient fermées et contractées; les pupilles inégalement contractées et immobiles, ne montraient aucune sensibilité à la lumière, les sourcils froncés, la face pâle; le craquement des dents fréquent et fort; la déglutition impossible; le cri encéphalitique des plus aigus; le pouls petit mais d'une vitesse normale; la peau sèche mais pas chaude; la langue pâle et humide, les urines coulaient involontairement et le malade se montrait très-sensible au froid; il n'avait pas eu de selle et l'art n'avait rien fait pour en provoquer. Tel est l'état dans lequel je trouvai le malade le soir du jour sus-indiqué. Je prescrivis huit sangsues aux tempes; l'idée d'une saignée au pied dût être abondonnée à cause de la petitesse des veines; les cheveux furent coupés très-près de leur origine et une vessie remplie d'eau froide appliquée sur la tête, avec recommandation de l'y laisser pendant un quart d'heure, de l'ôter cinq minutes, puis de renouveler l'eau et de la replacer un quart d'heure, et ainsi de suite jusqu'au lendemain matin. Recommandation d'entretenir le saignement des piqûres aussi jusqu'au matin si la chose était possible; de passer deux lavemens avec la décoction de feuilles de séné (une demi once pour chaque) et à quatre heures d'inter valle; enfin d'appliquer à chaque mollet vers une ou deux heures de la nuit, si aucune amélioration ne s'était montrée, les vésicatoires préparés et d'une forme assez grande; de donner l'eau froide pour boisson, mais de s'assurer avant, par petites quantités, si la déglutition avait lieu facilement.

La nuit fut très-mauvaise, et à sept heures du matin je trouvai mon petit malade dans un état pire que la veille; c'est-à-dire que la plupart des symptômes étaient plus violens. — Les vésicatoires avaient produit leur effet; les plaies furent pansées avec l'onguent irritant; j'ordonnai deux nouveaux lavemens au séné pour la matinée; dix sangsues partagées au cou et aux tempes; continuation de l'eau froide sur la tête.

A midi, pas de changement; on entretient le saignement des nouvelles piqûres de sangsues; un nouveau lavement est ordonné pour 3 heures; l'eau froide est continuée avec les mêmes précautions.

Le soir, aucune amélioration: six nouvelles sangsues sont appliquées aux tempes, avec injonction de faire couler le plus abondamment possible toutes les piqûres saignantes; un vésicatoire à chaque bras; continuation de l'eau froide; un lavement.

Le lendemain 14, à sept heures du matin, il ne s'était encore opéré aucun changement. Le lavement, comme les précédens, avait été rejeté peu de temps après son injection, (un quart d'heure) et avait aussi ramené quelques excrémens. — Le pouls presque nul; la face décomposée, enfin cet état d'angoisse qui, dans ces circonstances graves, annonce un colapsus prochain, effet du ramollissement d'une portion de l'encéphale, ou bien d'un autre mode pathologique, la suppuration, etc. Malgré cette position grave, je laissai les choses dans cet état jusqu'après le diner. Seulement, je pansai les vésicatoires des bras avec l'onguent irritant, et je fis encore continuer l'eau froide sur la tête, et administrer un lavement à la décoction de séné. — A 3 heures de l'après midi, le petit malade était dans la même situation qu'à ma visite du matin: pouls nul, peau froide et sèche; cris plaintifs et aigus, respiration lente; les mouvemens convulsifs ont des apyrexies plus longues; et l'enfant, qui urine et laisse aller ses selles sous lui, se pelotone lorsqu'il est un peu agité; il a encore la tête plus chaude que les autres parties du corps. Que faire? me dis-je. L'époque des émissions sanguines est passée; et elles ont été abondantes; quatre révulsifs sur les extrémités, un cinquième non moins puissant sur le gros intestin et un sédatif énergique sur la tête ne font pas céder le mal. Il faut tenter la révulsion sur la tête. Je rasai les cheveux de toute la face supérieure et y appliquai un vésicatoire qui couvrit entièrement cette partie.

Le lendemain 15, à 7 heures du matin, le petit malade avait repris ses sens; il voyait, parlait, entendait, buvait avec plaisir et facilité, et répondait parfaitement aux questions que je lui adressais. Sa peau avait repris sa souplesse normale ainsi que sa chaleur; la face était revenue à son expression naturelle; les pupilles également contractées; le pouls avait repris du développement, de la souplesse, de la régularité, et battait 70 fois à la minute. L'enfant s'occupait de tout ce qui l'entourait, et à midi, il demandait les objets d'amusemens ordinaires à son âge. Néanmoins l'épiderme fut enlevé et la plaie pansée avec l'onguent irritant.

Le soir, le malade demanda des alimens; mais rien ne lui fut accordé que l'eau froide sucrée.

Le 16, Mascal prit un léger bouillon de veau, 3 fois. La nuit s'était bien passée et les évacuations alvines avaient repris leur rythme normal.

Le mieux ne se démentit point et se soutint; les nuits furent en général bonnes (je dis en général parce qu'il arriva quelquefois que le sommeil était troublé par quelques rêves, ce qui pouvait, à mon avis, provenir en partie des plaies des vésicatoires). Ces dernières furent pansées le 17 avec du cérat simple; leur guérison ne se fit pas longtemps attendre, et le 25, après avoir satisfait avec prudence aux désirs immodérés de l'estomac, le petit malade reprit ses habitudes ordinaires. Je recommandai scrupuleusement de ne pas exercer en aucune manière son intelligence.

Cette guérison ne fut nullement troublée jusqu'au 6 décembre; alors et sous l'influence d'une alimentation trop abondante, Mascal fut atteint de gastro-entérite accompagnée de tous les symptômes appartenant à cette affection d'une moyenne intensité. Le cerveau n'y prit que sa part accoutumée; le traitement fut celui qu'indique la médecine rationnelle et le 12, le malade était revenu à son état de santé, comme avant l'apparition de cette nouvelle maladie.

Depuis lors il ne s'est plus rien montré de maladif, l'enfant retourne à l'école et fait sous tous les rapports, ce que permet et caractérise l'état normal.

Réflexions. — Le fait dont on vient de lire l'histoire n'est remarquable que sous le rapport du traitement; et avouons que celui-ci, dans l'état actuel de la science, est encore controversé. En effet, dans le cas de cérébrite ou méningo-céphalite, les saignées générales et locales sont placées en première ligne parmi les moyens thérapeutiques recommandés par tous les médecins qui ont écrit sur cette maladie (Morgagni, Valsalva, Desault, Abercrombie, Lallemand, Boyer, Parent Martinet, Rostan, Georget, Broussais, Andral, etc.); mais les uns veulent que le sang soit évacué par la veine du pied; d'autres par une jugulaire externe; d'autres par l'artère temporale; puis viennent les saignées à l'aide de sangsues au cou, à la tête; ensuite les ventouses scarifiées à la nuque. Boyer veut que l'on répète les saignées tant qu'il existe de la fréquence et de la dureté dans le pouls; il en est beaucoup qui vont au delà de la règle de cet auteur, et d'autres sont plus réservés.

Bientôt après les saignées et souvent en même temps viennent les réfrigérans appliqués sur la tête; les uns font usage de ces agens avec hardiesse et persévérance; Abercrombie conseille de refroidir cette partie par la chute d'un petit filet d'eau, de l'employer avec réserve, de laisser la tête se rechauffer de temps en temps, etc.

Lorsque les moyens précités ont été employés aussi longtemps que l'état du sujet le permet, mais sans succès, alors l'on doit passer aux révulsifs; les uns veulent les vésicatoires aux extrémités inférieures, puis aux bras, au cou, (la nuque), entretemps les purgatifs (lavement au séné, mercure doux, etc.).

Il en est enfin qui préconisent l'emploi d'un large vésicatoire sur toute la surface supérieure de la tête. Mais à l'égard de ce moyen sur cette partie, quelle dissidence d'opinions! « L'expérience ni le raisonnement » n'ont encore sanctionné ces diverses pratiques; cha- » cun croit avoir de bonnes raisons de préférer la » sienne. » (Rostan)..... Rarement applique-t-on sur » la tête des sinapismes ou des vésicans. (Idem)..... » » Lorsque la maladie aiguë a son siége dans le cer- » veau, c'est *dans son voisinage qu'il faut placer les* » *moyens curatifs.* (Idem) (1). »

« Il nous paraît dangereux d'appliquer un vésica- » toire sur la tête ce qu'on ne fait que trop souvent. » (Georget) (2). »

« J'ai souvent employé ce moyen avec succès: mais » il faut y avoir recours de bonne heure et avant que » l'inflammation ait fait des progrès considérables. » (Boyer) (3). »

« Ce moyen est cruel, mais ses effets sont éton- » nans..... (Desault) (4). »

Voilà sans contredit de la controverse: le praticien sans expérience, mais bien pénétré des opinions variées de ces auteurs de haut rang, que fera-t-il dans un cas d'encéphalite? laquelle de ces autorités préférera-t-il? Cette position serait sans doute difficile, et l'embarras du médecin ne serait pas levé par une consultation, car il n'arrive que trop souvent que de semblables réunions ne produisent que verbiage et étalage d'expériences, sans raison de science ni profit pour le malade; le plus fréquemment l'on n'ose contredire le confrère qui protége et la vérité médicale est sacrifiée Dans une position semblable oseriez-vous blâmer? non, car si Hippocrate a dit oui, l'on en trouve bientôt un autre qui a dit non: les passages que je viens de transcrire en fournissent la preuve irréfragable.

Dans une semblable conjoncture ne serait-t-il pas possible de trouver la vérité? la divergence de ces opinions détruit-elle ce que l'anatomie et la physiologie pathologique établissent comme règle immuable de conduite? Examinons.

D'abord il est établi que la cérébrite ou la méningo-céphalite offre une foule de degrés; que la simple congestion cérébrale produit parfois la perte de connaissance, les convulsions, la paralysie et même la mort, et que dans cette forme de cérébrite les évacuations sanguines seules ramènent presque toujours le cerveau à son état normal. D'autres fois, l'encéphalite plus intense cédera à l'action combinée des émissions et des révulsifs cutanés; tandis que souvent il faudra aider ces moyens par l'application de l'eau froide ou la glace

---

(1) Cours de médecine clinique, pag. 348.

(2) Dict. de médecine, en 18 vol., t. 8, pag. 47.

(3) *Ibid* ou son grand ouvrage.

(4) Œuvres chirurgicales, par Bichat, t. 2, pag. 66.

sur la tête et les lavemens irritans. La nuance ou l'intensité de la méningo-céphalite, explique donc la variété des succès obtenus, soit avec les émissions sanguines seules, ou combinées avec l'un ou les autres révulsifs cités. Appréciez les degrés des hipérémies cérébrales et vous vous expliquerez les succès variés des auteurs, obtenus par des traitemens différens ou simples. Mais lorsque le traitement combiné que je viens de rappeler ne fait pas céder cette grave affection qui va infailliblement conduire le malade dans la tombe, le médecin probe n'oserait reculer devant l'emploi du vésicatoire sur la tête. Les annales de la chirurgie lui en intiment l'obligation, lui montrent et lui expliquent, comme à tous les médecins du monde, le véritable traitement de la cérébrite, fondé sur l'expérience, la raison, les autopsies et la nature de l'affection. Que signifie ce dédale pour la thérapeutique d'une maladie connue? aurai-je tort en avançant que cette confusion ne dépend que de ce que les auteurs en général ont trop souvent présenté la cérébrite comme indivisible, au lieu de montrer les nombreuses espèces de guérisons en rapport avec les nombreux degrés du mal? On oublie trop facilement, ce me semble, la rapidité avec laquelle la suppuration, le ramollissement ou un autre mode de désorganisation se développe dans l'encéphale phlogosé ou irrité. On reste dans une fausse sécurité lorsque l'on marche d'après les succès des uns par tels moyens, sans écouter l'expérience des autres et les règles d'une saine physiologie qui les appuie. On répète jusqu'à satiété que la chirurgie a fourni le véritable traitement de l'encéphalite; et l'on rejette ou méprise le révulsif sur la tête, qui a rendu de si éclatans services. La cérébrite traumatique est-elle autre que l'encéphalite non traumatique?

Quelle gloire restera-t-il au médecin qui aura perdu son malade traité scrupuleusement d'après la méthode de M. Charpentier, par exemple? Quel repentir éternel pour moi, lorsque malgré ce traitement exactement suivi, la mort est venue me ravir un enfant remarquable par une nature forte et une intelligence précoce, sans avoir osé employer ce révulsif sur la tête!! Bannissons donc de la thérapeutique de la cérébrite, cette pusillanimité dangereuse; ne méconnaissons pas le talent observateur et la probité de Desault et Boyer: pénétrons nous de cette vérité, sans croire à l'infaillibilité de ce révulsif: que la théorie la plus vraie ne saurait repousser ce moyen à l'époque indiquée de la maladie; qu'alors, avant l'expiration du quatrième jour, la révulsion doit être tentée sur la tête, car a cette période l'art doit triompher, ou bien la maladie marche en détruisant, et il ne reste plus que le triste spectacle de voir la mort s'approcher plus ou moins lentement, escortée, de toute la série des accidens attachés à l'un ou l'autre mode de désorganisation de l'encéphale.

Finalement l'histoire de la maladie *Mascal* offre une particularité importante à signaler, c'est que le cerveau avait suffisament repris son rythme normal avant l'apparition de la gastro-entérite, puisque celle-ci a disparu avec ses phénomènes cérébraux sympathiques, sans laisser dans l'encéphale la moindre anomalie fonctionnelle.

Namur, le 20 janvier 1836.

E. Thirion, D. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

Fracture de la jambe traitée par l'application de l'appareil inamovible; par le docteur Delbruyere, de Fontaine l'Evêque.

Denuise (Pierre), âgé de 45 ans, charretier, demeurant sur la chaussé de Marchienne au Pont, à Fontaine l'Evêque, atteint le 16 décembre 1835, d'une fracture des deux os de la jambe droite, vers leur partie moyenne suite d'une chute sur ce membre, me fit appeler pour lui donner des soins; j'eus d'abord recours à la méthode ordinaire. Le 10me jour, encouragé par les succès obtenus par M. le docteur Seutin, et consignés dans le mémoire intéressant que ce médecin a fait insérer dans le *Bulletin médical Belge*, je me décidai à apppliquer l'appareil inamovible. Le 13me jour le malade put se lever, marcher avec des béquilles, s'asseoir, plier et fléchir la jambe avec la même facilité que celle du côté opposé; le 40me guérison parfaite, sans que j'eusse été obligé de déranger l'appareil pendant tout le cours du traitement et le malade n'ayant pas cessé de se livrer à la marche et de vaquer à diverses occupations.

Mon but en publiant cette observation est d'appeler l'attention des médecins sur l'emploi de l'appareil inamovible, qui me paraît avoir été trop négligé jusqu'à ce jour, et dont les immenses avantages sur les autres méthodes n'ont pas encore été assez bien appréciés par la plupart des praticiens.

GRAPHIE M DICALE.

—

La Belgique médicale, ou Notice sur la vie et les écrits des Belges qui se sont distingués dans les sciences médicales; par F. Dubois, docteur en médecine, à Tournay.

> Mirantur aliqui altitudines montium ingentes fluctus maris, altissimos lapsus fluminum, et gyros siderum : relinquunt seipsos nec mirantur. (*Saint Augustin.*)

Donner en peu de mots une notice exacte des grands médecins d'un pays qui a produit, comme le nôtre, les Dodoens, les Palfyn, les Rega, les Spieghels, les Van Helmont, les Vesale; c'est montrer la Belgique par le côté le plus noble, et par l'endroit qui lui fait le plus d'honneur; c'est exciter l'émulation, cette grande et utile passion, qui enfante des merveilles, et entretenir dans l'esprit des médecins belges cet orgueil national, cette conscience de soi qui donne la véritable dignité.

On a publié différentes biographies sur nos savans et nos artistes; personne, que je sache, ne s'est encore occupé d'une Biographie médicale belge. Il y a sans doute de l'injustice et de l'ingratitude à laisser ainsi dans l'oubli des hommes, qui, certes, méritent pour la plupart d'être placés au premier rang dans les fastes de la Belgique. Chose étrange! nous connaissons tous les grands hommes d'Athène et de Rome : les noms de Cincinnatus, de Ciceron, de Platon, de Demosthène, etc., ne sont ignorés de personne, et nous savons à peine, ou plutôt nous oublions (1) que Bruxelles a donné le jour à Vesale, le prince des anatomistes, le restaurateur, ou mieux, le père de l'anatomie; et à l'illustre Van Helmont, cet homme de génie qui mérite une place à côté de Descartes et de Galilée : le précurseur des plus belles découvertes dans les sciences, l'investigateur le plus persévérant des secrets de la nature; que Rambert Dodoens, l'un des plus grands botanistes de son siècle, est né à Malines; que Courtray a donné le jour à Jean Palfyn, qui inventa le forceps, et contribua par ses écrits à relever et à perfectionner les connaissances chirurgicales en Europe.

Les médecins qui font l'objet de cette notice ne sont pas tous également célèbres, ni leurs écrits également importans. Les uns ont pris un rang élevé, parce que leur esprit était né pour le grand, tandis que les autres n'ont pu s'élever qu'à une certaine hauteur : il n'est pas donné à tous de planer à la hauteur de l'aigle. Nous avons pensé que dans un ouvrage de ce genre, il ne fallait rien omettre; nous eussions cru, en omettant quelques célébrités secondaires, tomber dans le défaut d'un géologue, qui, voulant décrire la constitution géologique d'un pays, décrirait ses mines d'or et d'argent, sans faire nulle mention de celles de cuivre et de plomb qui s'y trouvent également.

Je demande pardon au lecteur, pour les fautes de style qui pourraient se trouver dans ce mémoire. Je vise à dire vrai, plutôt qu'à bien dire; je laisse au rhéteur le soin de polir son langage et d'arrondir ses périodes, et m'attache aux faits, dont la disette serait mal reparée par des tours d'éloquence et des mots sonores.

(1) Je veux parler ici des Belges étrangers à l'art de guérir, et non des médecins.

MÉDECINS DU BRABANT.

—

BOGAERT (Jacques) *de Louvain.*

Jacques Bogaert, né à Louvain, vers l'an 1440, après avoir pris le grade de licencié en médecine dans sa ville natale, vint s'établir à Anvers, où il se distingua dans la pratique de son art. En 1480, lorsque son père eut abandonné la chaire de médecine qu'il occupait à Louvain, il contracta, avec la régence de cette ville, l'engagement de remplir, pendant dix années, la chaire que le licencié Jean d'Inchy venait de quitter. Il prit le bonnet de docteur le 13 juin 1480. Après la mort de sa femme Adrienne Lathouwers, il embrassa l'état ecclésiastique; il succéda dans la suite au docteur Gaspar, Ægidius dans son canonicat de Saint-Pierre du second rang, et dans la chaire de médecine qui était attachée à cette prébende. Au mois de mai 1502, il fut élu recteur de l'université; on lui confia la même charge en 1504, 1507 et 1512. Il mourut le 17 juillet 1520, et fut enterré dans l'église de Saint-Pierre à Louvain, où l'on voit son épitaphe.

Bogaert a écrit cinq volumes de commentaires sur Avicenne, qu'on trouve en manuscrit dans la Bibliothèque d'Anvers, sous le titre de *Collectorium in Aviceme practicam.*

BOGAERT (Adam) *de Louvain.*

Ce médecin vint au monde vers l'an 1486. A l'exemple de son père (Jacques Bogaert), il étudia la médecine, et fut reçu docteur à la faculté de Louvain, le 25 mai 1512. Il se maria vers la même époque; mais après la mort de sa femme, il prit l'habit clérical et fut pourvu d'un canonicat de Saint-Pierre de la seconde fondation, auquel était annexée une chaire de médecine. Bogaert remplit cette charge pendant trois ans à peu près, et fut même recteur de l'université en 1524. Bientôt dégoûté du monde, il se retira au couvent des récollets de Louvain, où il entra dans l'ordre de Saint-François. Il fut dans la suite gardien de cette maison, où il donna de grands

exemples de vertu. Il mourut le 23 mars 1550, et fut enterré dans le cœur de l'église. Il a publié :

Epistola ad Petrum Bruhesium. Elle roule sur la guérison de la goutte. Henry Garez l'a insérée dans ses consilia variorum de arthritide præservatione et curatione. Francofurti, 1592, in-8°.

DEBOUSSUT (Nicolas).

Ce médecin fut probablement ainsi appelé à cause du lieu de sa naissance, qui paraît être le village de Boussut, situé à 2 lieues de Louvain. Il fut reçu maître-ès-arts et en médecine dans l'université de cette ville, vers le commencement du 16me siècle. Suivant Paquot (1), il était d'un âge très-avancé en 1527, lorsqu'il soutint les questions renfermées dans l'ouvrage suivant, qu'il dédia au cardinal Erard Delamark, évêque et prince de Liége :

Nicolaii Deboussut art : et medicinæ doctoris trium questionum quodlibitarum diffinitio prima : Plaga terre medie zone celi subjacens quam adustam ac torridam vocant, habitabilis sit nec ne secunda : Quomodo apud scitas, sive tactaros Neuri in lupos, et cursus in eos qui fuere mutentur, ubi tamen omnium Philosophantium sententia species rerum in se invicem transmutari nequeunt, nisi in sua elementa resolvantur. Tertia : Quomodo turbith complexione calidum et siccum attrahit et educit phlegma, ubi tamen Galeni sententia, tertio de simplici medicina, solutiva medicina humorem proprium attrahit et educit qui sibi similis sit et non contraria. Lovanii apud Gibbertum Macs anno virginci partus MCCCCCXXVIII mense maii die penultima, in-4°.

On trouve dans cet ouvrage une courte cosmographie qui remplit environ deux tiers du volume ; ensuite l'auteur vient aux questions indiquées dans le titre. Il répond à la première que la zone torride est habitable, et à la seconde que le changement des neures en loups se fait par une sorte de manie ou de fureur qui n'est qu'apparente !

DEBAVAY (Paul Ignace) *de Bruxelles.*

Paul Debavay naquit le 25 février 1704 ; il commença par suivre la même carrière que son père qui était chimiste. Il était déjà marié et père de plusieurs enfans lorsqu'il vint à Louvain, où il fit tant de progrès dans l'étude de la médecine, qu'il fut reçu à la licence en 1735. De retour dans sa ville natale, il s'occupa pendant l'espace de huit années à la dissection de tous les cadavres qu'il put se procurer. L'occasion se présenta, en 1746, de satisfaire la passion qu'il avait pour l'anatomie. Les français s'emparèrent de Bruxelles, au mois de janvier de cette année, et il fut nommé médecin en chef des hôpitaux militaires. Dès lors il se mit à disséquer journellement en présence d'un grand nombre d'élèves. En 1749, après l'évacuation de Bruxelles par les armées françaises, Debavay fut chargé de donner un cours public d'anatomie et de chirurgie. Par suite des vives discussions qu'il eut avec ses confrères, et à cause d'une amende à laquelle il fut condamné par le collége de médecine de Bruxelles, il se détermina à quitter cette ville, et alla s'établir à Termonde. Quelque temps après, il revint à Bruxelles où il mourut le 20 février 1768. Il a publié les ouvrages suivans :

Petit recueil d'observations en médecine sur les vertus de la confection tonique, résolutive et diurétique. Bruxelles, 1753, in-12.

Méthode courte, aisée, peu couteuse, utile aux médecins, et absolument nécessaire au public indigent, pour la guérison de plusieurs maladies. Bruxelles, 1759, in-12, et 1770, in-12, avec l'ouvrage précédent.

GARET (Henri), *de Louvain.*

Garet étudia la médecine à Louvain, ainsi que dans plusieurs universités d'Italie. Après avoir reçu le bonnet de docteur, en la faculté de médecine de Padoue, il vint exercer sa profession à Bruxelles, pendant quelques années. Il passa ensuite à Mayence pour y remplir la charge de premier médecin de l'archevêque et électeur Wolfgang de Dalberg. Après la mort de ce prince, il se détermina à retourner habiter sa ville natale, où il mourut, d'après Valère André (1), en 1602. On a de lui :

De arthride praservatione et curatione, clarorum, Doctissimorum que nostræ ætatis medicorum concilia. Francof. apud Joannem Wechelum, 1592, in-8°.

GEMMA (Corneille), *de Louvain.*

Ce médecin était fils de Reigner, dit le Frison, professeur de médecine à l'université de Louvain. Né en 1535, il fut reçu docteur en médecine en 1570. Il remplaça Nicolas Biesius dans la chaire de professeur royal chargé d'expliquer *l'ars parva Galeni.* Gemma était non-seulement un savant médecin, c'était encore un des plus grands philosophes et un des plus habiles mathématiciens de son siècle. Il paraît qu'il n'était pas non plus étranger au culte des muses, puisqu'il nous a laissé quelques vers et notamment une hymne à la croix du Christ (2). Ce savant mourut de la peste en 1577. Beyerlinck lui fit cette épitaphe.

Quis lapis hic? Gemma : gemmani lapis an legit inquis
at condi in Gemma debuerat potiùs
Non ità : nam quavis minor illo Gemma fuisset
Et posito à Gemma, Gemma sit iste lapis.

(1) Mémoires pour servir à l'Histoire Littéraire des dix-sept Provinces, etc., vol. 2, p. 353.

(1) Valerii Andreæ bibliotheca Belgica.

(2) Vanderlinden, Vita, illust. Medic., p. 246.

Gemma a publié les ouvrages suivans :

De arte cydognomica, Antverp. 3 vol. in-4°. — Cosmocritice seu de naturæ divinis characterismis. Ibidem, 1578, in-8.

Cet ouvrage est, dit Feller (1), « un tableau des merveilles de la nature dont l'auteur a profondément suivi la marche et le but. Il s'y trouve des réflexions admirables, exprimées avec un langage de sentiment qui touche autant qu'il instruit le lecteur.» On trouve à la suite de ce traité les opuscules suivans :

Casus mirabilis cujusdam abcessus in puella Lovaniensi. — De raro genere contagii epidemicæ febris ac pestilentis, quæ ad Galeni Hemitritaos accedens proximè, magnâ contagii vi totum biennium pergrassata est, etiamnum durans in hanc statem anni 1574. — De ulteriore transmutatione febris pestilentis in pestilentiam veram quæ savire assatim capit æstate anni 1574, deque illius methodo curatrice.

De prodigiosâ cometa specie ac naturâ, qui anno 1572 plus decem septimanis resulsit, apodeixi tum physica, tùm mathematica Antverpiæ, 1578, in-8.

HERTHOGE (Gilles de) (2).

On lit dans les mémoires de Paquot (3), que ce médecin était apparemment natif du Brabant, où le nom de sa famille est fort connu. Une généalogie manuscrite apprend qu'il était fils d'un autre Gilles De Herthoge et d'Agnès, fille batarde de Jean Steynemenlen, etc. On présume qu'il fut médecin de Matthias Corvin, qui monta sur le trône de Hongrie en 1458. Du moins on sait qu'il adressa à ce prince une lettre : *De gestatione fœtus mortui per tredecim annos.* Elle a paru à Bâle, en 1564, dans un ouvrage intitulé :

Matthiæ Cornacis Medicæ consultationis apud ægrotos instituendæ Enchyridion, et dans un autre de Rambert Dodoens, imprimé sous le titre : Medicinalium observationum exempla rara.

KICKX (Jean), *de Bruxelles.*

Kickx, membre de la société royale des sciences de Bruxelles, membre des sociétés d'histoire naturelle de la même ville, de médecine de Louvain, de botanique et d'agriculture de Gand, de la société linnéenne de Paris, minéralogique granducale d'Jéna; docteur d'honneur de l'Université de Louvain, professeur au Musée des sciences et à l'école de médecine de Bruxelles, naquit dans cette ville le 9 mars 1775. Il était à peine âgé de six ans lorsqu'il perdit son père qui exerçait la profession de pharmacien. Ayant l'intention d'exercer aussi la pharmacie, il subit ses examens avec distinction, à peine âgé de 18 ans, devant la corporation des pharmaciens.

Lors des établissemens des écoles centrales, la chaire de botanique lui fut offerte, mais il préféra continuer ses travaux scientifiques au milieu de ses amis et de sa famille.

En l'an 1805, il fut nommé membre du jury médical de la Dyle, fonction qu'il exerça avec le plus grand zèle jusqu'en 1814; ce fut vers cette époque qu'il devint membre et bientôt secrétaire de la commission médicale du Brabant. Sans cesse occupé à signaler les abus qui existaient dans la législation médicale, il adressa au ministère plusieurs mémoires et de fréquentes observations sur cet important objet.

En 1823, les élèves de l'école de médecine de Bruxelles, prièrent M. Kickx de leur donner un cours particulier de botanique; il s'en acquitta gratuitement et poussa même la bienveillance jusqu'à leur distribuer des médailles d'encouragement à la fin de l'année scolaire. Trois années plus tard, lors de la réorganisation de l'école de médecine, il en fut nommé professeur de botanique, pharmacie et minéralogie.

En 1827, on fonda le musée des sciences et des lettres à Bruxelles, il en fut un des professeurs : ce fut vers cette époque, que l'université de Louvain lui décerna un diplôme d'honneur.

L'administration des hospices de Bruxelles lui confia l'inspection des pharmacies des pauvres, fonction qu'il exerça, on peut le dire, avec probité, exactitude et conscience. Il réduisit de beaucoup la dépense de ces établissemens; ce qui n'empêchait pas qu'ils ne pussent rivaliser avec les officines les mieux tenues.

En 1833, M. Kickx fut nommé inspecteur général des hôpitaux et hospices de cette ville; mais la mort vint le frapper avant d'avoir pu réaliser les plans d'économie et d'amélioration qu'il avait tracés.

M. Kickx a composé plusieurs ouvrages dont voici la liste :

Flora Bruxellensis, exhibens characteres generum et specierum plantarum circum Bruxellas crescentium, secundum Linneum disposita, cum synonymis auctorum, cui additur lexicon botanicon, in quo termini artis breviter exponuntur. Bruxelles, 1812, in 8°.

C'est le plus ancien et le plus complet des recueils de botanique sur nos environs : il en donna un supplément en 1826 dans les annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Tentamen mineralogicum, seu mineralium nova distributio in classes ordines, genera, species, cum varietatibus et synonymis auctorum; cui additur lexicon mineralogicum, in quo artis vocabula exponuntur, in-8°, Bruxelles, 1820.

Dans cet ouvrage, la nomenclature binaire de Linnée est appliquée régulièrement, pour la première fois, aux minéraux. M. Kickx a encore publié un résumé de botanique et de minéralogie, imprimé à Bruxelles en 1828, et qu'il composa pour ses élèves; des notices publiées pour la plupart dans les mémoires de l'Académie, entre autres sur une nouvelle espèce de verbascum qu'il trouva au bord du Ruppel près d'Hyendonck; sur une nouvelle espèce d'agaric, trouvée par lui dans le bois de Soigne, et qu'il appela *Agaricus revolutus;* sur la

(1) Diction. histor., 2e édit., tom. 4, p. 302.
(2) Lisez Herthog.
(3) Ouv. cité.

découverte qu'il fit du plâtre sélénite, aux environs de Bruxelles. Il publia aussi une notice sur l'*arabis albida et alpina*, imprimée dans les annales de la société Linnéenne de Paris.

Plusieurs plantes portent son nom, entre autres le *verbascum Kickxianum*, nommé par M. Dumortier de Tournay, en témoignage de la découverte qu'il en avait faite (1); M. Dumortier fit aussi un genre distinct des *Anthirrinum spurium et elatine* de la flore de Bruxelles et leur donna le nom de Kickxia; une apocinée de Java est appelée *Kickxia arborea* par le docteur Blume, enfin un genre *Kickxia* fut créé par M. Reichenbach, botaniste Saxon.

DE LINDHOUT (HENRI), *de Bruxelles.*

Ce médecin exerça sa profession à Hambourg, vers la fin du 16me siècle. De son temps, c'était un préjugé généralement répandu que la médecine était étroitement liée à l'astrologie; ce faux système aveuglait les esprits jusqu'au point qu'on en faisait dépendre la guérison de presque toutes nos affections. Lindhout s'éleva au-dessus de ce funeste préjugé; ce fut pour éclairer le public sur cet important objet qu'il composa les ouvrages suivans :

Speculum astrologiæ, in quo vera astrologiæ fundamenta et Genethliacæ arabum doctrinæ vanitates demonstrantur. Hamburgi, 1597, in-4. — Tractatus astrologicus, seu, introductis in physicam judiciariam. Lipsiæ, 1618, in-4.

REGA (HENRI JOSEPH), *de Louvain.*

Cet homme célèbre, né en 1690, de Pierre Rega et de Christine Van Herrebergen, fut élevé avec beaucoup de soin, et dès qu'il fut en âge de commencer ses études, on l'envoya au collège de la Sainte-Trinité. Le jeune Rega s'y fit remarquer en remportant toujours les premiers prix. Après avoir terminé ses études au collége du Porc, il s'appliqua à la médecine et fut reçu à la licence le 7 avril 1712. Après la mort de M. Lucq, il ne tarda point à être nommé professeur. Cette nomination ne fit qu'augmenter l'ardeur qu'il avait pour l'étude; mais comme sa chaire ne l'occupait que pendant six semaines, il n'en eut pas plutôt rempli les devoirs, qu'il se rendit à Paris, pour s'y perfectionner dans l'anatomie, la chirurgie et la chimie, dont il suivit plusieurs cours, sous les plus grands maîtres. A son retour de Paris il travailla à son ouvrage sur la sympathie.

En 1716. Rega fut promu à la chaire de chimie. Le 22 février 1718, il fut reçu docteur en médecine. Peu de temps après il passa à la chaire d'anatomie, qu'il abandonna le 11 septembre de la même année, pour occuper celle de professeur primaire, vacante par la mort du docteur Peeters. En 1719 il fut nommé recteur de l'université; le même honneur lui fut encore accordé en 1722.

(1) Florula Belgica, p 38.

La réputation de Rega qui jusqu'alors n'avait guère franchi les bornes de sa ville natale, commença à se répandre au dehors. Les malades accouraient en foule le consulter, même des pays les plus éloignés. Il était d'un désintéressement et d'une générosité sans bornes; souvent il refusait l'argent du riche et ouvrait sa bourse au pauvre qui l'appelait à son secours; s'il connaissait quelqu'un dans l'infortune il lui offrait sa bourse, sous la seule condition d'oublier ses bienfaits et de garder le silence le plus profond.

Comme Rega savait ménager son temps, sa nombreuse clientelle ne le détourna jamais de ses fonctions académiques, ni de l'étude de la médecine et des belles lettres. Il passait utilement parmi ses livres le temps qui lui restait, après avoir vaqué à ses nombreuses occupations. Il était en correspondance avec les plus célèbres médecins de l'Europe; il jouissait même d'une telle réputation sur la fin de sa carrière, qu'il aurait pu faire une fortune brillante, s'il avait voulu accepter les offres de quelques princes qui lui proposaient de passer à leur service. Cet homme aussi modeste que savant sentit tout le prix de ces avances, mais l'amour de la patrie, et le plaisir qu'il trouvait dans la bienfaisance, lui firent préférer l'avantage d'être utile à la multitude. Il mourut célibataire le 22 juillet 1754, légnant une partie de sa fortune pour la fondation de deux bourses destinées aux étudians en médecine, et plusieurs milliers de florins à la bibliothèque de l'université.

Rega est auteur des ouvrages suivans :

De sympathiâ, seu, consensu partium corporis humani. Harlemi, 1721, in-12. Lipsiæ, 1762, in-12. Lovanii, 1830 in-8.

Cet excellent ouvrage qui a été universellement applaudi renferme les principaux dogmes de la médecine physiologique; on y trouve exprimée en termes clairs et précis cette opinion qui a été tant débattue, et qu'on attribue généralement au génie de Broussais, que les fièvres sont des affections locales, qu'elles ont leur siége dans les voies digestives (1). On a conclu de là que Rega était le véritable auteur de cette opinion! C'est une erreur : nous prouverons dans un autre endroit que cette importante découverte est due au génie de Van Helmont.

De urinis tractatus duo. Lovanii, 1732, in-12, Francofurti, 1761, in-8°. — Accurata methodus medendi per aphorismos proposita. Lovanii, 1787, in-4°, Coloniæ Agrippinæ, 1767, in-4°.

Dissertatio medica de aquis mineralibus fontis Marimontensis in comitatu Hannoniæ. Lovanii, 1740, in-12. Cet ouvrage a été traduit en français par Devillers sous le titre de : *Analyse des eaux minérales de Marimont. Louvain*, 1741, in-12.

Marie Elisabeth gouvernante des Pays-Bas décora Rega du titre de conseiller médecin de sa personne, et

(1) De sympathiâ, edit Harlemii, cap. 12, pag. 142, 147, 148, etc.

Cette édition a été publiée par les soins du Dr Vanscvendonck.

lui donna son portrait enrichi de diamans, pour le récompenser d'avoir composé cet ouvrage :

Dissertatio medico-chymicæ quâ demonstratur sanguinem humanum nullo acido vitiari. Lovanii, 1744, in-8.

Tractatus de chymia (Mss.)

De mediis rebusque quorum ope aquarum solet et potest institui analysis (Mss.) Pharmacopæia Bruxellensis cum observationibus sasseni, chartâ mixta et nonnullis annotatis Cl. D. Rega.

ROMAIN (Adrien), *de Louvain.*

Ce médecin vint au monde en 1501. Après avoir terminé son cours de philosophie, à Cologne, où il s'appliqua aussi à l'étude de la médecine, il revint dans sa ville natale où il continua ses études médicales ; peu à près il passa dans les plus célèbres Universités d'Italie. Il fit partout de tels progrès dans les sciences, surtout dans l'étude des mathématiques, qu'il fut bientôt regardé comme l'un des plus grands mathématiciens de son siècle. L'évêque de Wurtzbourg l'attira chez lui, en 1593, pour y enseigner la médecine et les mathématiques. Romain s'acquitta de cette double fonction, avec la plus grande distinction ; mais après la mort de sa femme il embrassa l'état ecclésiastique, et obtint du prince évêque un canonicat de l'église de Saint-Jean. Il parcourut ensuite l'Allemagne et la Pologne, et alla professer publiquement les mathématiques en Russie. Il mourut à Mayence, le 3 mai 1615, en allant aux eaux de Spa. Voici les ouvrages qu'il a publiés :

Ouranographia, de calorum numero et ordine. Lovanii, 1591, in-4°.

Ideæ mathematicæ pars prior, sive, methodus polygonorum. Ibidem, 1593, in-4°.

Supputatio ecclesiastica juxtâ novam veteremque calendarii rationem, cum theoria calendariorum. Wirceburgi, 1596, in-4°.

Exercitationes cyclicæ contrà scaligerum, orontium finœum et raymarum ursinum, in decem dialogos tributæ. Ibidem, 1597, in-fol.

De simplicium medicamentorum facultatibus. Ibidem, 1601, in-4°.

Pytologia, sive, theses de plantis, quatenus medicis materiam subministrant remediorum. Ibidem, 1598, in-4°.

De salubri clerum usu. Ibidem, 1602, in-4°.

Ideæ matheseos universæ. Herbipoli, 1602, in-8°.

Arithmeticæ quatuor instrumenta. Ibidem, 1603, in-fol., patente speculum mathematicum, sive, organum forma mappæ expressum, de mortibus in primo cælo ac mobili spectari solitis. Lovanii, 1606, in-4°.

Methodus exprimendi numeros quantumvis maximos. Ibidem, 1607, in-fol.

Mathematicæ analyseos triumphus. Ibidem, 1607, in-fol.

Canon triangulorum sphæricorum. Moguntiæ, 1609, in-4°.

Pyrotechnia, sive, de ignibus festivis, jocosis, artificialibus, libri duo. Francofurti, 1611, in-4°.

De formatione corporis humani in utero. Parisiis, 1615, in-4°. Venetiis, 1623, in 4°.

Jacques ROMAIN, fils du précédent, accompagna son père dans ses longues excursions. Il fut reçu à la licence à l'Université de Louvain, où il professa dans la suite l'anatomie et la chirurgie. Il termina sa carrière le 13 novembre 1635, et légua ses livres à la bibliothèque Académique.

SASSENUS (François), *de Louvain.*

Ce médecin qui avait reçu le grade de docteur en médecine à Padoue, fut nommé, en 1618, professeur en la faculté de médecine de Louvain. Il n'occupa pas longtemps sa chaire, car il mourut le 10 août 1620. Sassenus est le premier qui ait enseigné les institutes de médecine dans les écoles de son pays.

SASSENUS (André), *de Louvain.*

Ce médecin était parent du précédent. Il exerça, en même temps, la médecine et pharmacie dans sa ville natale, et fut nommé professeur de chimie dans les écoles de la faculté. Il a publié des remarques sur la pharmacopée de Bruxelles, intitulées :

Creves animadversiones in Pharmacopæum Bruxellensem, editam anno 1702. Lovanii, 1704, in-12.

SOMERS (Henri), *de Louvain.*

Somers naquit à Louvain, le 14 février 1645. Il étudia en l'Université de sa ville natale, où il prit le grade de licencié en médecine, le 20 mars 1669, et reçut le bonnet de docteur, le 9 novembre 1683. Il fut nommé professeur des institutes en 1677 ; mais l'une des premières chaires de l'Université étant devenue vacante, en 1688, par la mort d'Adrien Wolfs, Somers l'obtint, et la remplit jusqu'à sa mort, arrivée le 12 décembre 1717. On lui fit l'épitaphe suivante dans le cimetière de la paroisse Saint-Michel, à Louvain :

D. O. M.

Clarissimus Dominus. D. Henricus Somers Lovaniensis
Med. Doct. et Prof. Primarius
Vir fide, pietate et comitate conspicuus
Acci ingenio et singulari facundia præditus
Med. Praxi, que ac theoria expertissimus
Qui his dotibus 40 ampliùs annis Academiam illustravit
Hic recondi voluit
Obiit 12 Decemb. an. 1717, atatis 73.

R. I. P.

SPIEGHEL (Adrien), *de Bruxelles.*

Ce médecin aussi distingué par la variété que par l'étendue de ses connaissances, naquit en 1578 ; après avoir étudié la médecine et la philosophie à Louvain, il se rendit à Padoue, pour y suivre les leçons de Fabrice d'Aquapendente et de Jules Casserius, qui lui décernèrent le grade de docteur en médecine. Il alla ensuite pratiquer son art en Moravie, où il fut médecin des états du pays. Il y jouissait de la plus haute réputation,

lorsque le sénat de Venise le rappella à Padoue pour y occuper la principale chaire d'anatomie et de chirurgie, qui était vacante par la mort de Jules Casserius. Spieghel s'acquitta de cette fonction avec la plus grande distinction, et contribua beaucoup à rendre les écoles de Padoue plus florissantes encore qu'elles n'avaient été jusqu'alors. Le sénat de Venise pour le recompenser de ses utiles travaux, lui accorda le titre de chevalier de Saint Marc, et lui fit présent d'un collier d'or.

Spieghel eut, en 1619, des démêlés assez vifs avec Jean Prévost, l'un de ses collègues, mais l'affaire fut terminée en sa faveur. Il donna, en 1620 et 1623 des cours d'anatomie qui ne contribuèrent pas peu à augmenter sa réputation. Il rédigea ses leçons en corps d'ouvrage, afin de les rendre plus profitables; mais il n'eut pas le temps de les publier, étant mort en 1625, à l'âge de 47 ans, c'est-à-dire dans le moment où il pouvait être le plus utile à la science. On a fait différentes versions sur la cause de sa mort : les uns disent qu'il mourut des suites d'une blessure qu'il s'était faite à la main en ramassant un verre cassé (1). Jacques Thomasini rapporte au contraire, que Spieghel, extenué par ses travaux continuels, tomba dans une fièvre lente, suivie d'un abcès au foie, qui l'emporta au bout de six semaines (2). On grava l'épitaphe suivante sur son tombeau :

Adrianus Spieghelius Bruxellensis
Eques D. Marci
Medicus, anatomicus, chirurgicus Insignis
qui
Cum post varias peregrinationes in Gymnasio Patavino
IX annis.
Anatomiam et chirurgiam
in primo loco, indefessâ industriâ administrasset
Summam doctrinam variis edidit scriptis orbi testatam
fuissit,
Requiem hic reperit, quam vivus non invenit
P. Masta conjux prudentiâ
Obiit VII Idus aprilis, ætatis 47, anno M. D. CXXV.

Prodidit, adjuvit, secuit cum laude perenni
Abdita, languentes, corpora, Spigelius
Cingitur hoc saxo corpus, sed spiritus astris.
Hac sunt virtutum præmia. Lector abi.

La mort prématurée de ce savant anatomiste ne lui a pas laissé le temps de publier la totalité de ses ouvrages. Voici la liste de ceux qui ont été imprimés :

Isagoges in rem herbariam libri duo. Patavii, 1606, 1608, in-4. Lugduni batav., 1633, in-12, avec le catalogue des plantes du jardin de Leyde et des environs de cette ville. Ibidem, 1673. in-16. Helmstadii, 1667, in-4°.

Cet excellent ouvrage donne une idée complète du talent qu'avait Spieghel pour présenter avec netteté et précision le tableau d'une science. Cet ouvrage est divisé en 2 livres : le premier considère les plantes en elles-mêmes, et le second, les usages qu'on peut en tirer; il commence par des généralités sur les plantes, la description de leurs parties tant externes qu'internes. Ici en général, il prend Théophraste pour guide, en sorte que c'est un résumé de sa doctrine très-bien rédigé; mais l'auteur y ajoute souvent quelques particularités qui prouvent qu'il savait observer directement la nature; ensuite il passe en revue les différens groupes des plantes qui avaient été saisis par les auteurs précédens, comme les Bauhins, et qui étaient les germes de ce qu'on a nommé depuis genre; mais il cherchait à les mieux désigner qu'on n'avait fait jusqu'alors. Il tenta quelquefois, avec succès, d'appuyer leur structure sur celle de leurs parties, notamment des fleurs. Il indique ensuite la marche la plus commode pour arriver à leur connaissance la plus intime. Il demande entre autres, que celui qui vous sert de guide; après avoir signalé une plante comme chef d'un des groupes principaux, vous en indique quelques autres qui aient avec elle des rapports, surtout dans la fructification : mais comme des objets aussi variés ne peuvent se graver dans la mémoire qu'en les passant souvent en revue, il indique comme le moyen le plus commode pour y parvenir de composer un jardin sec ou un herbier. Il décrit les procédés pour réussir dans la dissection des plantes. On peut le regarder comme le premier qui les ait enseignés, quoiqu'ils fussent pratiqués depuis longtemps; mais quelques-uns paraissent être le fruit de ses observations. Le second livre comme nous l'avons dit est consacré à l'exposition des usages des plantes. Il distingue avec précision les alimens des médicamens; il indique les moyens d'employer les facultés des derniers, comme l'odeur et la saveur; il regarde comme chimérique l'opinion assez généralement admise de son temps, que l'on pouvait connaître leurs propriétés intérieures par leur aspect extérieur, ce qu'on nommait la signature des plantes; cependant il reconnaît des vertus occultes, que l'expérience seule, ou une sorte de hasard peut faire découvrir. Il veut qu'on ne néglige aucune indication, même celles des habitans de la campagne; et lui-même, pour mieux s'en instruire, avait parcouru plusieurs campagnes d'Italie, déguisé en paysan, afin de gagner leur confiance. Après avoir traité de la diététique, il donne une histoire abrégée de la science, et finit par recommander à ses élèves de composer un florilégium, c'est-à-dire d'enchaîner toutes les connaissances qu'ils pourront acquérir sur les plantes dans un ordre méthodique, qui leur permette de les retrouver au besoin : il leur conseille surtout de les ranger par la considération du fruit, à l'imitation de Césalpin dont il faisait grand cas. On voit par ces détails, que Spieghel a tracé une route qui devait conduire à d'heureux résultats; mais les avantages ne pouvaient encore en être sentis. Aussi n'eut-il pas beaucoup de partisans. Il a donné le nom de Spiegelia à un genre d'Amérique, dont une des espèces passe pour un des meilleurs vermifuges.

---

(1) Lindenius renovatis, p. 13.

(2) Gymnasium Patavinum.

De lumbrico lato liber, cum notes et ejusdem lumbrici icone. Patavii, 1618, in-4°, avec une lettre : De incerto temporis partu. De Semitertiana libri quatuor. Francofurti, 1624, in-4°.

Catastrophe anatomiæ publicæ in celeberrimo Lyceæo Patavino felliciter absolutæ. Patavii, 1624, in-4°.

De humani corporis fabricâ libri X, cum tabulis 98, æri incisis. Opus posthumum. Venetiis, 1625, in-fol, par les soins de Liberalis Crema, son gendre, qui a publié le manuscrit de l'auteur tel qu'il l'a trouvé. Venetiis, 1627, in-fol. Regali.

On doit cette édition à Daniel Bucretius de Breslau, qui l'a donnée ensuite des ordres de Spiegelius, mais qui a gâté l'original, en voulant y ajouter ses propres opinions. Francofurti, 1632, in-4° avec d'autres ouvrages. Venetiis, 1654, in-fol. C'est le plus remarquable des ouvrages de Spieghel. Il renferme des descriptions exactes, assez amplement détaillées, exposées même avec beaucoup de méthode, de clarté et de précision. Il contient quelques découvertes de l'auteur, notamment celle du petit lobe du foie; aussi par reconnaissance a-t-on fait porter son nom à cette partie :

De formato fœtu liber singularis, æneis figuris ornatus. Epistolæ duæ anatomicæ. Tractatus de arthritide. Opera posthuma. Patavii, 1626, in-fol. Regali, par les soins de Liberalis Crema. Francofurti, 1631 in-4°, avec figures.

Opera quæ cætant omnia, eæ recensione Joh. Antonidæ Vanderlinden, cum ejusdem præfatione. Amstitodami, 1645, trois volumes.

(*La suite au prochain Numéro.*)

LITTÉRATURE MÉDICALE.

—

Mémoire sur les propriétés et l'analyse de la Phloridzine, présenté à l'Académie royale des sciences et belles-lettres de Bruxelles, par L. De Koninck, agrégé à l'université de Gand, membre de plusieurs sociétés savantes, etc., etc.; in-8°, de 31 pages, Louvain, chez Van Linthout et Vandenzande, 1836.

Nous avons inséré dans le dernier numéro du *Bulletin médical* un mémoire de M. De Koninck, ayant pour but de signaler au monde médical la découverte du Phloridzin et ses propriétés thérapeutiques dans les fièvres intermittentes, nouvelle substance qu'il est parvenu, à l'aide de procédés chimiques, à extraire des écorces des racines de poirier, de prunier, de cérisier et surtout de pommier, où elle existe toute formée, et qu'il a nommée depuis *Phloridzine*, cette dénomination lui paraissant plus conforme à la nomenclature généralement adoptée pour désigner les substances organiques.

Dans le nouveau travail que M. De Koninck vient de publier, il expose les propriétés physiques et chimiques de la Phloridzine, l'analyse chimique et le mode d'extraction de cette substance. Nous en extrayons ce qui nous paraît le plus important à connaître, renvoyant pour plus de détails au mémoire lui-même.

Propriétés. — « La phloridzine est une matière cristalline, d'un blanc mat, tant soit peu jaunâtre, ordinairement en cristaux disposés en houppes soyeuses, dont les aiguilles partent d'un centre commun. »……

« Sa saveur est légèrement douceâtre, se change bientôt en amère et devient astringente à la fin.

» Sa pesanteur spécifique, déterminée au moyen d'une solution saturée à froid, dont la densité était de 1,001, comparée à celle de l'eau distillée prise pour unité, a été trouvée être à 19° c. de 1,4298.

» A la température ordinaire elle est très-peu soluble dans l'eau, puisque de 0° à 22° il faut 1000 parties de ce liquide pour dissoudre 1, 2 parties de phloridzine. De 22° à 100° la quantité dissoute varie avec chaque degré de température, de sorte qu'à 50°, l'eau en dissout déjà une quantité assez considérable et qu'à 100° elle la dissout en toute proportion. »

« Elle se dissout mieux à la température ordinaire dans l'alcool que dans l'eau et à plus forte raison à une température plus élevée, aussi longtemps que celle-ci n'atteint pas 100°, point auquel les deux liquides la dissolvent en toute proportion. »

« Elle est très-peu soluble dans l'éther, même bouillant, qui à cette température n'en dissout pas plus qu'à la température ordinaire.

» Ces trois solutions ne changent nullement la couleur des papiers réactifs, ni celle du sirop de violettes. »

Extraction. — Deux procédés se présentent pour obtenir l'extraction de la phloridzine, par l'eau et par l'alcool. Quel que soit celui dont on fait choix, on commence par se procurer des écorces fraîches de racines, ou à leur défaut de tronc ou de branches, en les enlevant au moyen d'un couteau ordinaire.

« Le premier procédé consiste à introduire les écorces dans un fourneau ordinaire et d'y verser autant d'eau qu'il est nécessaire pour les recouvrir. On laisse bouillir le tout pendant 4 à 5 heures, on décante, puis on verse sur le résidu une nouvelle quantité d'eau, égale à la première; on fait bouillir de nouveau pendant 1 à 2 heures, on décante une seconde fois à chaud, en ayant soin de ne pas réunir les liqueurs. On laisse le tout en repos pendant 24 ou 36 heures, temps après lequel une très-grande quantité de phloridzine s'est déposée sur le fond et contre les parois du vase, sous forme de cristaux grenus d'une couleur plus ou moins foncée. Il suffit de les recueillir, de les dissoudre à chaud, de les traiter au charbon animal et de les laisser cristalliser à plusieurs reprises, pour les obtenir parfaitement purs et avec les caractères que nous avons décrits plus haut. En évaporant les eaux-mères réunies jusqu'à 1/5 ou 1/6 de leur volume primitif on en retire une nouvelle quantité de phloridzine par le refroidissement, mais qui est moins pure que la première……

» Dans la seconde méthode, on verse sur les écorces autant d'alcool faible qu'il est nécessaire pour les couvrir et l'on expose le tout pendant 7 à 8 heures à une tem-

pérature de 50 à 60°. On remplit très-bien le but en introduisant les écorces dans une cruche de terre cuite, que l'on recouvre d'une vessie et que l'on pose sur la cheminée de nos poêles ordinaires ; de cette manière l'on obtient une température à peu près constante et l'on épargne le combustible. On réitère cette opération, une, ou même deux fois, on réunit les liqueurs et on les soumet à la distillation. Par là on retire la plus grande quantité de l'alcool employé ; on laisse refroidir le résidu, qui, du jour au lendemain, laisse déposer une grande partie de la phloridzine qu'il contient, sous la même forme cristalline que dans le premier procédé, mais beaucoup plus blanche. L'eau-mère évaporée en fournit une nouvelle quantité. Le mode de purification est le même que celui indiqué pour la première méthode. »

L'auteur donne la préférence à ce dernier procédé, en raison de l'avantage qu'il offre d'économiser le temps et le combustible, de ne pas exiger constamment la présence d'une personne, comme dans la première méthode, de pouvoir agir sur des masses moins considérables de liquide, d'obtenir dès la première cristallisation des cristaux plus blancs, et enfin d'extraire 5 pour 100 d'écorces fraîches, équivalant à 15 pour 100 de phloridzine d'écorces supposées sèches.

De la structure et des maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse, par Burkard EBLE, docteur en médecine et en chirurgie, médecin de régiment au service d'Autriche, bibliothécaire de l'Académie Joseph, etc., traduit de l'allemand, avec des notes, par Ed. De Losen de Seltenhoff, docteur en médecine. — Publié par ordre du ministre de la guerre ; Bruxelles, 1836.

Nous publierons dans le prochain numéro une analyse détaillée de cet ouvrage, et nous y joindrons quelques réflexions sur l'ophthalmie de l'armée belge, qui nous sont suggérées par l'article de M. Vleminckx, espèce d'avant-propos ou d'introduction au travail du docteur Eble.

VARIÉTÉS.

—

Congrès médical de Belgique. — Rectification au compte-rendu des séances.

Plusieurs personnes ayant attribué à M. Bourson la proposition qui fut faite dans la séance du 28 septembre, de mettre au concours la question concernant les moyens à employer pour arrêter ou diminuer la propagation de la syphilis, nous croyons, dans l'intérêt de la vérité et pour éloigner toute fausse interprétation à cet égard, devoir ajouter au compte-rendu publié dans le numéro d'octobre 1835, du *Bulletin médical belge*, les explications suivantes : c'est M. le docteur Seutin qui est l'auteur de la proposition, qu'il a longuement motivée en la développant. M. Bourson, en sa qualité de rapporteur de la commission chargée de faire un rapport sur la proposition de M. Seutin, déjà adoptée par l'assemblée, a présenté le mode de rédaction de la question, qui, après discussion fut arrêtée dans les termes du programme que nous avons fait connaître dans le numéro précité de ce journal.

Nous ajouterons qu'il est à notre connaissance que M. Seutin s'est occupé depuis 1825 de l'importante question d'hygiène publique relative à la propagation de la syphilis et que, sous le gouvernement précédent, ce médecin a présenté à la régence un projet de réglement et fait de nombreuses démarches pour faire adopter des mesures administratives ayant pour but de diminuer la fréquence de cette maladie.

Le Rédacteur en chef,
Dr Marinus.

Encyclographie
SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX ;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS ;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC. ;
BULLETIN CLINIQUE ;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES ;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES ;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE ;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE ;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES ;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS ;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE ;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE ;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE ;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

JANVIER 1836.

N° 1. — 2 JANVIER.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Sixième leçon, 30 décembre.)

Après avoir fait remarquer la disposition différente de la moelle chez les animaux, où elle remplit mieux la cavité du rachis, et ne se termine pas par la queue de cheval dans la région lombaire, M. Magendie conclut, ce que l'expérience confirme, qu'il y a chez eux peu de liquide et pas de sac des membranes; c'est donc un fait qui appartient plus à l'anatomie de l'homme qu'à celle des animaux; nous avons vu, ajoute-t-il, que c'est à la défectuosité des moyens employés pour ouvrir le crâne, que l'on doit de n'avoir pas constaté plus tôt la présence du liquide. Comment, en effet, ne pas léser les membranes et donner issue au liquide, si on ouvre à coups de marteau; il faut donc employer les plus grandes précautions.

Une question se présente ici; c'est de savoir si le liquide du rachis communique avec celui du cerveau. Certains faits de pathologie ne sont pas explicables d'après les idées de Bichat, qui voulait que l'arachnoïde ne se contentât pas de recouvrir la surface extérieure du canal, mais aussi la membrane. De la sérosité qu'il trouvait et de la membrane séreuse qu'il croyait exister dans les ventricules, il concluait que c'était l'arachnoïde prolongée; cela tenait à des idées préconçues, car s'il eût étudié la disposition des surfaces des ventricules du cerveau, il aurait remarqué qu'en la plupart des points, il n'y avait pas de membrane séreuse. Or, s'il eût remarqué ce fait, il n'eût pas cherché comment l'arachnoïde y pénétrait. La même erreur a été commise pour les membranes articulaires, qu'on disait des sacs sans ouverture, ce qui est faux.

Les synoviales ne tapissent pas les surfaces articulaires, sans quoi elles ne dureraient pas, le frottement les aurait bientôt détruites; et d'ailleurs en disséquant on ne les trouve pas. En fait, la cavité des ventricules latéraux et moyen, l'aqueduc de Sylvius, le ventricule du cervelet, ne sont pas recouverts de séreuse; la surface, il est vrai, en est lisse et polie, mais ce n'est pas la même chose.

La manière dont Bichat a voulu expliquer la communication de l'arachnoïde extérieure avec la prétendue arachnoïde intérieure, est à étudier; c'est l'erreur d'un homme de génie.

Vous savez que les vaisseaux veineux de la toile choroïdienne se rendent dans les veines de Galien qui se réunissent aux sinus; eh bien, Bichat disait qu'en ce point où sont les veines de Galien, il y avait une ouverture communiquant dans le ventricule moyen. Il est bien vrai que les veines de Galien sur la ligne médiane offrent une petite faulx; là est un creux, une excavation, mais c'est un cul-de-sac; un godet qui souvent aussi n'existe pas. Bichat plaçait là l'ouverture de la cavité de l'arachnoïde et les cavités intérieures du cerveau; il disait : si vous passez un stylet mousse dans cette excavation, vous arrivez, en suivant les veines de Galien, dans le ventricule moyen; mais ce trou vous l'avez fait. Bichat dans sa bonne foi ajoutait même que par un petit mouvement circulaire on trouvait cette ouverture; sans doute, mais on la faisait. Ce canal n'arrivait pas selon lui dans un point déterminé, mais seulement dans l'intérieur. Le bon esprit de Bichat lui montrait que ce point n'était pas fixe; cependant il aurait dû se trouver dans le troisième ventricule, sous la glande pinéale, à côté ou dans l'excavation. Bichat cherchait seulement à expliquer comment, dans le cas d'épanchement considérable de liquide, il n'y avait pas de communication de la cavité des ventricules dans la cavité de l'arachnoïde, c'est que, selon lui, le liquide rapprochait les parois; mauvaise explication mécanique, car si vous soufflez dans une vessie, le trou qui s'y trouve s'agrandit et donne passage au gaz ou au liquide qu'elle contient; c'est qu'il n'y a pas d'ouverture, je l'ai dit dans mon édition du *Traité des membranes;* j'ai relevé encore d'autres erreurs qui s'y trouvent à côté de nombreuses et belles vérités.

Mais si les ventricules du cerveau et du cervelet ne communiquent pas avec la cavité de l'arachnoïde, ils

communiquent avec la cavité sous-arachnoïdienne; fait entrevu, qu'on avait perdu de vue parce que l'attention en avait été détournée.

Quand vous examinez la partie inférieure du cervelet et de la moelle alongée, vous voyez qu'elle repose sur le quatrième ventricule et en recouvre l'ouverture, il faut quelque effort pour en séparer le lobe moyen du cervelet, qui n'est pas continu avec les deux membranes et en est écarté. A la moitié de la hauteur du quatrième ventricule est une ouverture constante qui peut admettre quelquefois le doigt ou au moins une plume, et qui est quelquefois partagée par les vaisseaux qui, de la moelle alongée, vont au cervelet, où les artères cérébelleuses inférieures viennent souvent se jouer; c'est là qu'est la voie de communication entre les cavités sous-arachnoïdiennes du rachis et le quatrième ventricule. Sur les côtés sont des replis, et entr'eux la valvule de Vieussens; indépendamment de ces élémens il y a des vaisseaux sanguins en quantité considérable. Bien que la disposition de l'ouverture varie, elle existe constamment à moins de circonstances pathologiques; j'ai rapporté et vais rapporter encore des faits où cela n'est pas et où une membrane anormale forme ce que j'ai appelé l'entrée des ventricules; c'est par là en effet que le liquide arrive; l'injection pénètre aussi par là dans le troisième ventricule et les ventricules latéraux. Il passe d'abord dans le quatrième ventricule au bec de la plume, puis dans le ventricule du cervelet; le nom d'aqueduc de Sylvius n'indique-t-il pas qu'on avait eu l'idée qu'il s'ouvrait dans le troisième ventricule, par ce qu'on a appelé improprement *anus*; de là il passe dans le ventricule moyen ou central. Dans la commissure des couches optiques, on ne retrouve pas l'injection; donc cette place n'est pas occupée, et la matière passe au-dessus et au-dessous; de là il va à la glande pinéale en arrière, éloigne ce que Descartes appelait les rênes de l'âme, puis vient à la face antérieure de la glande pinéale entourée par la toile choroïdienne qui la sépare de la cavité extérieure.

En avant le liquide descend dans l'infundibulum qui se termine à la glande pituitaire; toutes parties dont on ignore encore les usages et dont la présence continuelle du liquide peut amener à la découverte de leur utilité. Comment le liquide communique-t-il avec les ventricules latéraux? J'ai vu des anatomistes embarrassés pour me répondre, parce qu'ils n'avaient pas porté leur attention sur ce point; or, l'ouverture se trouve dans la partie latérale et antérieure du lobe moyen et a été décrite par Monro; une fois ce mode connu, on sait qu'en traversant le quatrième ventricule, on peut arriver dans les ventricules latéraux.

Un fait assez curieux à l'occasion de la présence du liquide, se trouve dans le septum médian; à travers ses membranes vous voyez que l'injection rouge a pénétré; or, cela peut vous donner des renseignemens sur la quantité du liquide, car c'est la partie du cerveau qui s'élargit le plus par le liquide; si on n'a pas fait de communication artificielle, et quand on coupe le cerveau par tranches (c'est mon procédé) sur la ligne médiane, on n'y est pas exposé, on observe le septum lucidum ainsi tendu: c'est par cette tension que je juge de la quantité du liquide.

Il ne faut pas croire qu'il n'y ait pas d'obscurité ici; d'où vient le liquide qui existe entre les deux lames du septum lucidum, dans ce qu'on a appelé le cinquième ventricule, liquide dont la quantité est de une once ou une demi-once (hydropisie du septum)? On ne voit pas la moindre trace d'ouverture, on ne peut même la soupçonner; il est vrai que le liquide des ventricules le baigne des deux côtés; mais comment pénètre-t-il? je ne le sais pas; quelques personnes ont pensé qu'il y avait une ouverture, il n'y en a pas.

Il n'y aurait donc que l'imbibition pour expliquer le fait; ainsi vous remplissez une vessie de gaz, il s'échappe; c'est ce phénomène physique que j'ai appelé *perméabilité aux gaz;* il est analogue à celui qui se passe dans la toile métallique de Davy qui empêche la combustion et n'empêche pas le passage du gaz. Quand une tumeur existe en ce lieu, la compression fait passer la liqueur par la membrane sous-arachnoïdienne comme si elle n'existait pas.

Donc la communication a lieu par le quatrième ventricule, et puis parce que j'ai appelé l'entrée dans les cavités du cerveau; et ceci n'est pas sans application immédiate à la pathologie; ainsi dans les hémorrhagies, comment expliquer, d'après les idées de Bichat, le passage du sang du cerveau dans les cavités des ventricules? L'épanchement sanguin n'est pas dans la cavité de l'arachnoïde, mais dans le tissu sous-arachnoïdien; il coule sur le cerveau jusqu'au lobe, passe sous le lobe et près des veines de Galien, puis sous la tente et à la face supérieure et postérieure du cervelet et dans les cavités des ventricules. On ne remarque pas cela dans les autopsies; on note du sang dans les ventricules ou à la surface. Supposez une hémorrhagie au fond d'une anfractuosité; de là elle gagne la surface et le cervelet, etc.

Si le sang est dans le ventricule et recouvre toute la surface d'un lobe, la force du cœur le fait échapper du ventricule latéral dans le ventricule moyen, puis par l'aqueduc de Sylvius, le quatrième ventricule, d'où il descend quelquefois jusqu'au sacrum; mais dans le sens supérieure il va sur le cervelet et recouvre la partie supérieure comme l'injection; voilà les voies de communication qui ne sont pas indiquées et sont importantes, car on peut par là diagnostiquer le siége de l'épanchement.

Quelquefois l'hémorrhagie cérébrale ne suit pas ce trajet et se fait seulement à la surface du cerveau: quand il n'y a pas de communication elle est simple; il peut y avoir communication sans que le sang se répande partout; j'ai vu un caillot de sang boucher le quatrième ventricule.

Le liquide dont on peut être privé pendant quelque temps, mais qui se reforme, s'accumule en certains points de la surface du cerveau; ces points, je les ai appelés *confluent*. Le premier, en avant du quatrième ventricule, est le *confluent cérébelleux*, sous le cerve-

let et le commencement de la masse rachidienne ; le deuxième, considérable, en avant de la tente du cervelet, derrière la glande pinéale, sur les tubercules quadrijumeaux, où sont les veines de Galien. Le troisième est à la partie inférieure, en haut et en avant du pont de Varole, du mésocéphale ; entre l'apophyse basilaire et ce pont est l'espace où il s'accumule ; c'est là qu'existe l'artère basilaire qui baigne dans la masse du liquide et ne laisse aucune trace de son passage sur l'os. Enfin le quatrième et dernier est aux couches optiques, au-dessus de la selle turcique, près et en avant de l'infundibulum.

Il y a ici un fait d'anatomie à remarquer relativement à la cinquième paire de nerfs ; une fois divisé en ses deux portions (musculaire et sensible), il s'engage dans le bord supérieur de la portion pierreuse du temporal ; là est une excavation avec du liquide, espèce de petit confluent où baigne tout le ganglion de ce nerf.

Il y a là l'hiatus par où passe le nerf vidien ; il est probable que le liquide accompagne ce nerf et pénètre dans le canal spiroïde.

Autre fait et qui se passe dans l'excavation destinée au passage du nerf acoustique (portion dure et molle) que le liquide accompagne. Le liquide du ventricule pourrait bien communiquer avec celui de l'intérieur. Cotugno avait entrevu ce fait, il ne s'y est pas apesanti ; il y a même là une ouverture qui communique avec l'aqueduc du vestibule. Le liquide de l'intérieur de l'oreille pourrait être le même.

Ces études, basées sur les faits et les expériences, valent bien, dit en finissant le professeur, et nous sommes de son avis, celles qui n'ont pour fondement que de simples et vagues assertions.

N° 2. — 5 JANVIER.

ECOLE ANATOMIQUE DES HOPITAUX.

Cours d'anatomie générale ; par M. SERRES.

(Deuxième leçon.)

Formation du système osseux. — Loi de symétrie. — Formation du rachis. — Cas pathologiques qui sont le résultat de son arrêt de développement. — Orthopédie. — Loi de prédominance du côté droit sur le côté gauche. — Idée heureuse de M. le docteur Guérin ; traitement qu'il emploie dans les déviations de la colonne vertébrale.

Après avoir résumé la leçon précédente, M. Serres présente les généralités du système osseux telles que les a données Bichat, d'après sa méthode analogique. Recommandant aux élèves la lecture de cette partie de l'anatomie générale, il fait remarquer la force et la justesse de vues que caractérisent encore de nos jours notre anatomiste. M. Serres passe ensuite à la méthode génétique appliquée au système osseux.

« Messieurs, dit-il, si vous considérez le squelette de l'adulte, vous trouvez au tronc deux rangées de côtes et deux membres supérieurs analogues l'un à l'autre ; au bassin vous trouvez deux os coxaux et deux membres inférieurs symétriques ; à la tête, vous trouvez sur les côtés le même nombre d'os : le système osseux est donc double latéralement, un des côtés est la répétition exacte du côté opposé. Mais si vous arrivez au centre, cette dualité cesse tout à coup : il n'y a qu'une colonne vertébrale, qu'un occipital, qu'un ethmoïde, qu'un vomer, qu'un hyoïde, qu'un sternum. Cette unité osseuse centrale paraît en contradiction avec la dualité latérale ; mais si vous suivez l'ossification dans sa marche, vous trouverez ces parties centrales doubles à leur tour, et tout le système osseux de l'homme et des animaux sera soumis à une loi commune.

» Ainsi, il y a primitivement deux demi-crânes, deux demi-rachis, deux demi-sternums ; nous verrons de même qu'il existe deux demi-cerveaux, deux demi-matrices, deux demi-intestins, deux demi-foies : car cette loi de formation organique, que j'ai désignée sous le nom de loi de symétrie, j'ai démontré qu'elle était suivie par tous les systèmes organiques. D'autre part, tous ces canaux qui sillonnent le système osseux, qui, quelquefois, comme ceux de l'oreille interne, sont sculptés dans sa profondeur ; tous ces trous dont il est perforé pour le passage de nerfs et de ramifications artérielles et veineuses, toutes ces cavités, concourant à la formation de véritables poulies articulaires que l'art le plus parfait ne saurait imiter, toutes ces éminences dont il est hérissé pour des insertions musculaires et ligamenteuses sont soumises à des lois communes de formation que nous exposerons plus tard. Pour le moment, nous allons développer devant vous les faits qui ont servi de base à la loi de symétrie, en commençant par la formation du rachis.

« Le rachis consiste primitivement en deux replis membraneux complétement isolés l'un de l'autre, gisant, l'un à droite, l'autre à gauche. Ces deux replis m'ont paru exister chez l'embryon du poulet vers la douzième heure de l'incubation. Je n'ai aperçu auparavant aucun vestige ; ils m'ont été de même présentés par le têtard de la grenouille et l'embryon du lapin. Il y a donc à cette époque de la formation du rachis deux demi-rachis, comme il existe deux pariétaux, deux temporaux.

» Plus tard on aperçoit aux deux côtés des replis dont nous venons de parler, des surfaces d'un blanc-jaunâtre, presque quadrilatères et à angles arrondis. Ce sont les surfaces vertébrales bien évidentes chez le poulet, de la vingt-cinquième à la trente-cinquième heure de l'incubation. Sur le têtard de la grenouille, elles ne commencent guère à devenir apparentes que vers le dixième jour.

» La transformation osseuse du poulet s'opère également par deux points osseux situés, l'un à droite, l'autre à gauche, et ces deux points osseux viennent se réunir sur la ligne médiane pour former un étui solide encaissant la moelle épinière. Cette soudure a lieu, chez le poulet, le treizième ou le quatorzième jour de l'incu-

lation pour les vertèbres dorsales ; elle ne s'opère que plus tardivement pour les vertèbres caudales et lombaires. Pour le rachis de la grenouille, les deux demi-rachis ne se soudent que vers le vingtième jour.

» Chez l'homme, pour lequel toutes ces recherches ont été faites, le rachis est également double primitivement, comme vous pouvez le voir d'une manière très-distincte sur les préparations que je fais passer sous vos yeux, et qui appartiennent à des embryons du deuxième mois au milieu du troisième. Vous pouvez y voir les doubles points osseux qui forment la partie centrale du corps du sacrum. Parmi toutes ces vertèbres le corps de l'atlas offre une ossification si tardive, qu'il permet de suivre très-facilement son double développement. Ce corps reste cartilagineux jusqu'à la fin de la première année, et alors, comme vous le montrent ces préparations, on aperçoit deux noyaux latéraux qui convergent l'un vers l'autre pour former le corps vertébral.

» Le canal vertébral se trouve ainsi fermé dans toute sa partie antérieure; il est fermé sur les côtés par les masses latérales des vertèbres, lesquelles masses convergeant en arrière les unes vers les autres, finissent par se toucher et se réunir pour former les apophyses épineuses. Alors l'étui qui renferme la moelle épinière est clos de toutes parts si l'ossification n'est pas arrêtée dans sa marche.

» Mais si l'ossification est arrêtée dans sa marche, qu'arrivera-t-il? Vous le voyez de suite. Si cet arrêt de développement vient frapper sur les corps vertébraux, alors, dans l'impossibilité où ils sont de se réunir, la colonne vertébrale sera perforée en cet endroit. Alors la moelle épinière fera hernie en dehors si c'est à la région lombaire; si c'est à la région cervicale, alors l'œsophage, non arrêté dans son développement, pourra entrer dans le canal vertébral. Si c'est, au contraire, sur les corps vertébraux de la région sacrée que cet arrêt de développement a frappé, le rectum s'engagera dans la partie perforée, et il se produira une hernie sacrée dont Lafaye, un de mes élèves, M. Lisfranc et moi, avons observé des exemples. Dans cette dernière circonstance la maladie étant connue dans son étiologie, et uniquement d'après la loi que nous expliquons, il a été facile d'y remédier en comprimant la tumeur, faisant écouler le méconium quelle renfermait, et maintenant la réduction de l'intestin par une petite pelote appliquée sur le sacrum.

» Supposez actuellement, Messieurs, qu'au lieu de frapper sur les parties antérieures de la colonne vertébrale, ce même arrêt de développement agisse sur les parties postérieures, des phénomènes analogues se produiront; seulement les ouvertures herniaires changeront de place et deviendront postérieures d'antérieures qu'elles étaient. La gouttière sacré, causée au sacrum par l'avortement ou la faible dimension des apophyses épineuses et des lames vertébrales, se trouvera transportée aux lombes et la terminaison de la moelle épinière correspondant à cet endroit; les membranes passeront au travers de l'ouverture, le liquide spinal les distendra en s'y accumulant, et il en résultera le spina bifida postérieur, maladie de formation si fréquente chez les jeunes enfans.

» Ce qui arrive à la région lombaire s'étend quelquefois à toutes les apophyses épineuses des vertèbres, et dans ce cas, dont la science offre une multitude d'exemples, le canal vertébral n'offre plus qu'une vaste gouttière étendue de la base du crâne au coccyx.

» Ces maladies, comme vous le voyez, confirment pleinement la loi du double développement du rachis; et cette loi, à son tour, rend une raison satisfaisante et en quelque sorte démonstrative de ces maladies elles-mêmes. C'est là l'anatomie générale, la fusion de toutes les anatomies que la science réclame de toutes parts, et dont je vais vous faire une nouvelle application à l'occasion du double développement même de la colonne vertébrale.

» Je viens de vous montrer que le squelette est formé de deux moitiés : l'une droite, l'autre gauche. Tout le monde sait que la moitié droite est un peu plus fortement développée que la moité gauche, ce qui est surtout remarquable aux membres inferieurs et supérieurs. Mais ce que l'on n'avait pas remarqué, c'est que cette prédominance d'un côté sur l'autre s'observe également à la colonne vertébrale, le côté gauche de cette colonne étant plus faible que le côté droit.

» Cette faiblesse relative est la cause première des incurvations de la colonne vertébrale, comme l'a découvert et démontré M. le docteur Guérin. Dans ce défaut de symétrie complète des deux moitiés du rachis se trouve l'explication d'un fait remarquable, bien qu'avant moi il n'ait jamais été remarqué. Ce fait est celui de la fréquence des incurvations à droite opposée à la rareté des incurvations à gauche. Sur cent déviations, à peine en trouverez-vous une qui ait lieu à gauche; toutes les autres auront lieu à droite.

» L'existence des incurvations à droite ne compromet pas la vie au même degré que l'existence des incurvations à gauche, et vous allez en concevoir la raison. Par la déviation à droite, la loge du médiastin est plutôt aggrandie que rétrécie; le cœur et ses vaisseaux peuvent se mouvoir sans gêne: la circulation est libre et la vie sauve. Dans l'incurvation à gauche, au contraire, la loge du médiastin est rétrécie; le cœur et ses gros vaisseaux sont gênés dans leur action, et la vie mise en danger à l'époque de la puberté, si même les malades arrivent à cette période de la vie humaine.

» Encore ici, vous voyez les conséquences de cette manière large d'envisager l'anatomie. Si un enfant est dévié à droite, vous pouvez sans danger le livrer à lui-même, il sera difforme, mais sa vie sera sauve; si, au contraire, un enfant est dévié à gauche, agissez par tous les moyens possibles pour corriger cette difformité, car sans cela, vous perdrez votre malade à l'époque de la puberté; c'est ce qui est arrivé dernièrement dans ma division.

» Il est rare qu'une vérité anatomique ne produise pas d'heureux fruits en pathologie. La découverte de M. le docteur Guérin a eu pour résultat une méthode aussi rationnelle en théorie qu'elle est heureuse en pra-

tique. Avant ce médecin, on cherchait à corriger les déviations de la colonne vertébrale en la tiraillant en sens opposé par ses deux extrémités. Par ce procédé, qui offrait souvent de grands dangers, on perdait sans utilité les forces que l'on mettait en usage ; de même qu'on les perdrait, si, pour redresser un bâton tordu dans son milieu, on le tirait par ses deux bouts.

» A cette méthode vicieuse dans son principe, vicieuse dans son exécution, M. le docteur Guérin en a substitué une qui agit sur le centre même de la déviation, de manière à former une courbure opposée à celle qui existe. Dans la leçon prochaine, nous nous occuperons du crâne, du sternum, et vous verrez, Messieurs, que l'application des mêmes lois de développement nous offrira des résultats également heureux et importans tant en anatomie qu'en pathologie.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Restauration des paupières ; par le docteur Carron du Villards.

Grace aux travaux de MM. Frick, de Hambourg, de Diffenbach et de Dreyer (1), il est maintenant facile de réparer le plus grand nombre des déperditions de substance et des difformités des paupières. Je me borne à rapporter ici deux opérations que j'ai récemment pratiquées et qui offrent de l'intérêt sous plus d'un rapport. A mesure que les faits deviendront plus fréquens, j'établirai des corollaires pratiques, qui en seront dérivés.

Première observation. — *Ectropium avec perte de substance de la partie externe de la paupière gauche ; épiphora continuel, suite de l'éraillement. Opération ; guérison.*

Mademoiselle D..., de Lisbonne, âgée de 23 ans, me fut adressée par le docteur Bayona do Coïmbre, pour une difformité de la paupière inférieure de l'œil droit, produite par l'application de la potasse caustique sur une petite pustule maligne développée accidentellement sur la partie externe de la paupière inférieure.

La jeune personne était désireuse de se débarrasser d'une difformité désagréable et incommode : car la paupière s'abaissant fortement vers la région externe et temporale, il en résultait un écoulement complet et continuel des larmes, ce qui fatiguait extraordinairement la joue. Comme le tarse était complétement sain, cette opération devenait facile en incisant le grand angle des paupières, et en y pratiquant en forme elliptique, une déperdition de substance que l'on enlèverait ensuite.

J'y procédai de la manière suivante :

La malade assise sur une chaise, et la tête maintenue contre la poitrine d'un aide, j'incisai la commissure externe des paupières en introduisant un bistouri droit à plat, et en relevant sur son tranchant par un demi-temps de ponction en avant : procédé dû à M. Lisfranc, et qui méritait mieux que l'oubli où l'a laissé un ophthalmologiste *de fraîche date*, en traitant récemment cet article.

Saisissant alors avec une pince à larges mors les parties divisées, je fis deux lambeaux : un supérieur assez petit, un inférieur plus ample, pour pouvoir ensuite y faire une déperdition de substance assez considérable, pour que lorsque la paupière serait détachée de la conjonctive on pût la porter en dehors et la ramener de cette manière au niveau transversal de l'œil.

La malade étant excessivement raisonnable, cette opération se trouva facilement exécutée. Avec deux ou trois points de suture entrecoupés et noués en rosette, pour pouvoir les desserrer au besoin, je rapprochai les bords de la solution de continuité.

La cicatrisation fut prompte, et une guérison complète délivra cette jeune personne d'une difformité aussi désagréable qu'ancienne.

Deuxième observation.—Mademoiselle P..., demeurant à Paris, me fut adressée par le docteur Sellier. Dans sa jeunesse, ayant fait une chute sur un fragment de bouteille, elle eut la paupière inférieure déchirée et le globe de l'œil blessé.

Les soins les plus assidus et les plus éclairés ne purent conserver cet organe, et la paupière inférieure subit à l'angle interne de l'œil un éraillement considérable avec perte de substance.

Mademoiselle P... est aujourd'hui arrivée à un âge où l'on sent tout le prix d'une jolie figure, et où l'on achète par tout le courage et la résignation possible, les moyens de détruire une imperfection remarquable.

Elle accepta avec joie une opération capable de faire doublement disparaître sa difformité. Je dis doublement, car il fallait non-seulement restaurer la paupière, mais encore il était nécessaire de placer l'œil semi-atrophié, et retenu par une bride assez forte, dans des conditions convenables pour supporter une pièce en émail.

L'opération fut pratiquée dans les premiers jours de novembre dernier, en présence de MM. les docteurs Sellier et Furnari. Je commençai par détruire la bride qui retenait l'œil presque immobile ; puis, cernant dans une double incision en V la cicatrice vicieuse, je l'enlevai en entier ; de là disséquant à droite et à gauche la solution de continuité, de manière à pouvoir obtenir la réunion par première intention. Cette opération était difficile parce qu'une partie de la cicatrice recouvrait le sac lacrymal, et il fallait le respecter, ce qui fut fait avec des points de suture placés au moyen de petites aiguilles à la Dieffenbach, employées avec le porte-nœud de Grœffe, j'affrontai les bords de la plaie, dont la réunion fut complète au huitième jour.

---

(1) Drayer Bohemus, *dissert. inauguralis de nova methodo blepharoplastices, Vindobonnœ* 1831 ; in-8° de 64 p.

Quand tout a été consolidé, l'on a placé l'œil artificiel; maintenant la jeune fille le porte avec facilité, et sa double difformité a disparu.

Dans un prochain numéro je signalerai quelques cas de restauration plus complexe.

CARRON DU VILLARDS,

Chirurgien du Dispensaire ophthalmique.

N° 3. — 7 JANVIER.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE.

Division des aliénées. — Service de M. PARISET.

Mouvement de la population pendant le mois de décembre 1835.

Il y a eu dans ce mois 46 admissions, 17 guérisons et 15 décès. Sous le rapport du genre de folie et de l'âge, les admissions présentent les résultats suivans :

Du caractère de la folie.

Manie,	10	Paralysie générale,	3
Manie périodique,	5	Démence,	9
Mélancolie,	8	Idiotisme,	1
Monomanie, suicide,	3	Epilepsie,	1
— religieuse,	2		
			46

De l'âge.

De 10 à 20 ans,	1	De 50 à 60	3
De 20 à 30	8	De 60 à 70	7
De 30 à 40	13	De 70 à 80	6
De 40 à 50	8		
			46

Les sorties pendant ce mois présentent une diminution notable; 17 malades seulement ont été rendues à leur famille dans un état de convalescence confirmée, et se répartissent ainsi, sous le rapport de l'âge et de la durée du traitement.

Age.

De 15 à 20 ans,	1	De 35 à 40	4
De 20 à 25	2	De 40 à 45	»
De 25 à 30	3	De 45 à 50	2
De 30 à 35	2	De 50 à 60	3
			17

Durée du traitement.

20 jours,	1	4 mois,	1
1 mois,	4	5 mois,	2
2 mois,	3	7 mois,	1
3 mois,	3	8 mois,	2
			17

Décès.

Les décès on été nombreux, si on les compare à ceux des mois précédens. L'influence du froid nous a paru devenir funeste, surtout aux malheureuses atteintes de paralysie; sur les 15 mortes, 13 étaient dans un état plus ou moins avancé de marasme et de paralysie générale ou d'hémiplégie; deux seulement ont succombé à des affections cérébrales aiguës et d'une marche très-rapide.

Voici, du reste, les détails de ces décès sous le rapport de l'âge, de la durée du séjour et de la maladie, cause de la mort :

Age.		*Durée du séjour.*	*Caract. de la mal.*
De 20 à 25 ans,	1	7 jours.	Cérébrite aiguë.
De 30 à 35	2	1 an et l'aut. 5 m.	Une paralysie générale et l'autre hémiplégie.
De 35 à 40	»		
De 40 à 45	3	1 mois, 4 m. 11 j.	Toutes les trois ont succombé à la paralysie générale.
De 45 à 50	1	3 mois	Hémiplégie.
De 50 à 55	1	11 jours.	Cérébrite aiguë.
De 55 à 60	1	3 mois.	Hémiplégie.

Au-dessus de 60, six anciennes aliénées, toutes paralysées depuis plusieurs années, sont mortes dans l'espace de quelques jours au début des premiers froids.

Relevé général de l'année 1835, *dans la section dite de traitement.*

Il y a eu dans l'année 662 admissions; les mois où elles ont été le plus nombreuses, sont ceux de juin, de juillet, d'août et surtout de septembre. Ces mois sont aussi marqués par la prédominance du délire aigu, par celle des guérisons, mais moins par celle des décès. Voici du reste un relevé exact par mois :

Janvier.	57 admissions,	15 sorties,	19 décès.
Février.	50	33	12
Mars.	43	40	20
Avril.	56	29	13
Mai.	59	42	13
Juin.	64	40	11
Juillet.	60	40	17
Août.	66	54	5
Septembre.	71	41	5
Octobre.	49	41	8
Novembre.	43	34	11
Décembre.	46	20	15
	662	429	146

Il faut distinguer dans les sorties, les passages, les guérisons et les rechutes; il y a eu 63 passages aux épileptiques, 55 passages aux imbécilles et 17 rechu-

tes, c'est-à-dire un total de 135 cas à défalquer sur les 429 sorties.

ci 135

Il reste donc un total de 294 sur 662 admiss.

Nous ferons remarquer encore que sur ces 662 admissions, 121 appartiennent à des femmes en démence et paralitiques âgées de plus de 60 ans, et par conséquent incurables. En ajoutant ces 121 cas aux 135 signalés plus haut, on verra que la proportion des guérisons est remarquable.

Quant au mouvement général de la population dans les quatre sections de la division des aliénées, voici son résumé pour l'année 1835:

Il y a eu dans les services de MM. Pariset, Mitivier et Falret, en tout, 361 guérisons
et 294 décès.

655

Les admissions ont été de 662; la population de toute la division n'a donc augmenté que de 7 individus.

Dans un autre article nous considérerons ces résultats sous le rapport thérapeutique, pathologique et moral.

Scipion Pinel.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. E. Leriverend.

Hémorrhagie des centres nerveux (1).

(Suite du numéro 156, tom. I).

Le troisième cas se trouve dans le livre de Morgagni, qui le raconte d'après d'autres observateurs.

Un individu âgé de 70 ans, est frappé subitement d'une attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite: on trouva du sang dans les deux ventricules et un peu d'érosion de la couche optique droite. Cette observation laisse du vague dans l'esprit; ce n'est pas Morgagni lui-même qui l'a recueillie: et, en effet, elle ne porte pas le cachet de ce profond observateur. On dit que l'épanchement existait dans les deux ventricules; mais n'était-il point plus considérable à gauche? On désire quelque chose en lisant cette observation.

Le quatrième appartient à Brumer. On le lit dans le *Journal des Curieux de la nature*, 3e décurie.

C'est une femme de 47 ans qui succomba à une apoplexie, et chez laquelle on avait observé une paralysie à droite. On trouva des kystes apoplectiformes que Brumer décrit avec soin. La première attaque avait eu lieu 4 ans avant la mort. on trouva à côté des kystes anciens des caillots récens qui étaient la lésion à laquelle avait succombé la malade: ce qui a ici peu d'importance pour nous.

Le cinquième a été vu par Morgagni; il le rapporte dans sa 57e lettre.

Une femme âgée succomba avec une paralysie droite, et à l'ouverture on trouva un ramollissement siégeant à droite. Ici Morgagni raconte ce qu'il a vu lui-même; il ne se contente pas d'indiquer la lésion qu'il a trouvée, il a soin de dire encore l'état dans lequel il a trouvé le reste de l'encéphale: il n'y avait absolument rien dans le côté gauche du cerveau.

Le sixième se trouve dans la lettre 13e du même auteur; cette observation a pour objet une femme de 24 ans, qui fut atteinte d'apoplexie avec hémiplégie droite. Mort; caillot de sang au niveau et en dehors du corps strié droit. Morgagni ne s'en rapporte pas à ses élèves qui lui racontent le fait; il va voir lui-même, et ce n'est qu'après l'avoir bien constaté qu'il le consigne dans son livre en marquant l'étonnement que lui cause cette observation.

Les cas suivans appartiennent à ces derniers temps.

Le septième est de M. Bayle, et a été publié dans la *Revue Médicale* de 1824, tome Ier. Il y avait eu paralysie à gauche, et on constata à l'autopsie, comme seule lésion, un ramollissement de la moitié antérieure de l'hémiplégie gauche.

Le huitième est consigné dans le livre de M. Rostan sur le ramollissement, 29e observation. La femme qui en fait le sujet, âgée de 84 ans, avait eu une hémiplégie droite; à l'ouverture du corps, on trouva un épanchement ancien avec ramollissement de la partie inférieure du lobe postérieur droit.

Le neuvième a été donné par M. Leuret dans le *Journal des Progrès* Ici le fait est moins clair que les autres. Il s'agit d'un individu qui portait une paralysie avec contracture du bras droit, et aucune lésion de mouvement dans les membres gauches. Mais ce qui complique la question, c'est que les deux hémisphères étaient atteints; il est vrai que le droit l'était à un degré plus considérable. Il n'existait à gauche qu'un petit ramollissement du volume d'une petite lentille.

Le dixième, de Winmeyer, regarde un homme qui fut atteint de paralysie gauche et dans le cerveau duquel on trouva, dit l'auteur de l'observation, un kyste ancien dans le lobe antérieur gauche; mais l'hémiplégie était récente, et on ne peut savoir si des recherches suffisantes ont été faites pour trouver la cause de ce désordre du mouvement: l'observation est incomplète.

Le onzième et le douzième se trouvent dans les notes que M. Blandin a ajoutées à une édition de Bichat. Il cite deux vieillards morts à Bicêtre avec paralysie d'un côté du corps, et chez tous deux la nécropsie montra

---

(1) Dans les numéros 155 et 156, (tom. Ier, 2e s. de l'Encycl.) le mot *anémie* a été placé dans le titre au lieu du mot *hémorrhagie*; nos lecteurs ont sans doute remarqué cette erreur typographique.

un épanchement dans le lobe postérieur de l'hémisphère du côté correspondant, et le siége est important à noter en effet, pour le lobe postérieur, l'explication anatomique de l'effet direct de la paralysie serait facile suivant quelques auteurs qui pensent que ce lobe reçoit ses fibres d'une partie de la moelle où l'entrecroisement n'existe pas.

Le treizième cas n'a pas encore été publié, et à été vu par M. Cruveilhier, il y a à peine deux mois. La paralysie existait du même côté que la lésion cérébrale.

Le quatorzième et le quinzième sont dus a M. Dechambre, qui les a recueillis à la Salpêtrière. Ces deux observations bien détaillées ont trait à des ramollissemens cérébraux du côté droit avec paralysie des membres correspondans.

Enfin un seizième fait de ce genre a été présenté par M. Fournet à la Société anatomique, et n'a pas encore été publié.

M. Andral n'a jamais jusqu'ici rencontré de cas semblables, mais il accepte pourtant ceux qui sont publiés, parce qu'ils ne peuvent être révoqués en doute. Il faut admettre, pour ces anomalies, une raison dont la connaissance nous échappe encore, mais qui bien certainement pourtant est anatomique. On doit donc poser en principe, qu'il y a des paralysies qui existent du côté de la lésion.

Le plus souvent la paralysie a lieu dans les deux membres à la fois, et elle peut s'y montrer égale ou à des degrés différens. En général, la paralysie du membre abdominal est moins complète et moins tenace que celle du membre thoracique.

Mais il peut arriver qu'un seul membre soit paralysé, et dans ce cas la lésion anatomique a-t-elle un siége spécial? Quelques auteurs l'ont pensé, et c'a été le sujet des travaux particuliers de MM. Serres, Foville, Pinel-Grandchamp, Bouillaud, Rostan, etc.

Examinons la question en détail : l'hémorrhagie a-t-elle un siége différent dans les cas d'hémiplégie, de paralysie du membre supérieur, du membre abdominal?

Quelques auteurs avaient posé en principe que le mouvement des membres abdominaux était sous la dépendance des corps striés et de la pulpe environnante;

Que ce mouvement des membres thoraciques avait son impulsion dans les couches optiques et encore dans la substance cérébrale qui les entoure.

D'autres pensent que les parties antérieures cérébrales président aux mouvemens des membres inférieurs; les parties postérieures à ceux des membres supérieurs.

Dans le cinquième volume de sa clinique, M. Andral a donné l'analyse de 75 cas dans lesquels la lésion a été trouvée bien circonscrite.

1° Dans 40 cas avec hémiplégie, on a trouvé vingt-une fois la lésion limitée au corps strié ou s'étendant à la substance cérébrale placée au devant; dans les 19 autres cas, la lésion était circonscrite dans la couche optique, ou gagnait la pulpe située en arrière de ce ganglion. La conséquence facile à déduire est que, dans ces 40 cas, l'altération des corps striés et des couches optiques a eu de l'influence sur le mouvement des membres supérieurs et inférieurs indistinctement.

2° Dans 23 cas, la paralysie isolée du membre thoracique a été observée; si la théorie est vraie, l'hémorrhagie devra se rencontrer seulement dans la partie postérieure des hémisphères; mais il n'en sera pas ainsi: dans deux cas la lésion existera dans le lobule moyen du cerveau; dans onze autres cas on trouvera la partie antérieure seule lésée, c'est-à-dire que ces faits nous offriront précisément l'inverse de ce que la théorie nous promet; enfin dans les 10 derniers cas de cette seconde catégorie l'épanchement se sera fait dans la couche optique ou en arrière, et l'expérience aura ainsi démontré autant de faits à peu près pour que contre l'opinion que nous examinons.

3° Dans le même relevé se trouvent douze cas où le membre abdominal seul était le siége du trouble du mouvement: et dans tous, moins deux, l'hémorrhagie avait lieu dans le lobule antérieur ou dans la couche optique. Ici la théorie offre plus de rapport avec les faits, ce qui n'empêche pourtant pas la vérité de n'être que relative et non absolue, car il suffit des deux cas où, avec le même trouble de mouvement, on a trouvé la lésion dans le lobule postérieur pour détruire la loi.

La conséquence générale à tirer de ces faits, est que, bien que certainement des parties non semblables du cerveau soient chargées de diriger le mouvement du membre supérieur et inférieur, puisque les fonctions de l'un peuvent rester intactes, celles de l'autre étant troublées ou abolies, cependant dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de dire quel est, dans la masse encéphalique, le point qui commande au mouvement des diverses parties du corps. Les résultats, jusqu'ici, sont tout à fait négatifs, mais ils ont cela d'utile, qu'ils empêchent maintenant de se fourvoyer.

Si les circonvolutions sont seules atteintes, le mouvement sera-t-il lésé? M. Favre dans sa thèse soutenue en 1832, n. 133, cite un individu mort hémiplégique, et chez lequel à l'ouverture, on trouva dans une des circonvolutions de la partie latérale externe et un peu postérieure de l'hémisphère gauche, un petit caillot du volume d'un œuf de moineau; il n'y avait absolument rien ailleurs. Ce fait, du reste, n'est pas unique, et Lallemand en rapporte un analogue dans sa lettre première page 63, et deux autres, lettre deuxième, pag. 106 et 151.

Il y avait en paralysie avec lésion bornée aux circonvolutions cérébrales. M. Andral a quelques observations de ce genre, et tous ces faits sont une puissante objection contre ceux qui prétendent que le siége des mouvemens se trouve dans la substance blanche centrale. Lorsque dans les circonvolutions la lésion est chronique et bornée exactement à la substance grise, on a vu plus d'une fois la paralysie manquer, d'où il semble possible de déduire que si dans les cas aigus la paralysie a eu lieu, c'est que la pulpe centrale avait été plus ou moins irritée; il faut cependant noter que

dans le cas de M. Favre, l'altération était ancienne.

Voilà pour ce qui regarde la paralysie dans divers modes en rapport avec une lésion dans les hémisphères; mais ces derniers organes peuvent rester complétement intacts, et cependant la paralysie avoir lieu.

Et d'abord, pour le mésocéphale, on peut poser en principe général que dans l'hémorrhagie de cette partie des centres nerveux, les quatre membres sont paralysés; mais comme dans notre science il y a toujours de malheureuses exceptions, on a observé avec la lésion qui nous occupe, de simples hémiplégies. Toutefois, l'anatomie a pu rendre compte de ces anomalies; elle avait en effet lieu quand l'épanchement s'était fait dans un des côtés du mésocéphale; ces cas, du reste, sont fort rares.

N° 4. — 9 JANVIER.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. ANDRAL.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. E. LERIVEREND.

Hémorrhagie des centres nerveux.

(Suite du numéro précédent).

Hémorrhagie du cervelet.

L'hémorrhagie du cervelet n'est pas une maladie très-commune, et les cas publiés jusqu'ici ne sont à la connaissance de M. Andral qu'au nombre de trente-deux.

Il y a d'abord à poser deux questions :

1° L'hémorrhagie du cervelet produit-elle la paralysie?

2° De quel côté observe-t-on la paralysie quand elle existe.

Il est très-difficile de décider à priori cette question; car en définitive, et malgré tous les débats sur ce sujet, on ne sait encore rien de bien précis sur les fonctions du cervelet; l'observation seule pourra conduire à la solution de ce problème. Si on voulait résoudre à priori la question du siége de la paralysie, les faits anatomiques nous diraient que la lésion du mouvement doit exister du côté de la lésion organique, parce que les corps rectiformes qui vont concourir à former le cervelet ne s'entrecroisent pas comme les pyramides antérieures; mais cette raison anatomique, tirée de la disposition entrecroisée des fibres, a été battue en brèche dans la précédente leçon, à propos des paralysies de la face; ici encore dans le cervelet, la paralysie est croisée comme dans le cerveau.

Venons-en maintenant à l'examen des faits publiés. M. Andral avait déjà fait ce travail dans le cinquième volume de sa clinique; mais depuis la dernière édition de cet ouvrage, les faits ont augmenté de nombre; il y en a aujourd'hui, comme nous l'avons déjà dit, trente-deux dans la science.

Et d'abord, dans douze de ces cas, il n'y a pas eu de détails suffisans pour dire s'il y avait ou non paralysie. On dit seulement qu'il y a eu une forte attaque d'apoplexie terminée rapidement par la mort; on ne sait ni la modification du mouvement, ni la nature de cette modification, ni son siége. Sur ces douze cas, la lésion a existé sept fois dans le lobe médian. Six sont dus à M. Serres, et se trouvent dans le tome II de son *Anatomie du cerveau;* le septième appartient à Dance, et est consigné dans son mémoire sur l'hydrocéphale aiguë; trois autres sont relatifs à des hémorrhagies d'un des lobes latéraux (Sédillot *Ancienne bibliothèque médicale*) M. Andral a publié un cas d'hémorrhagie d'un lobe latéral du cervelet, mais l'individu ne fut vu qu'après la mort. Un autre cas appartient à Abercrombie : épanchement dans le lobe latéral droit; mort au bout de 40 heures d'une forte attaque; coma constant; rien de noté pour le mouvement. Deux autres cas ont trait à un épanchement simultané dans les deux lobes latéraux; le premier est absolument dépourvu de détails, et a été consigné dans les Archives par M. Caffort. Le dernier cas se lit dans l'ouvrage de Morgagni sur les siéges et les causes des maladies : double hémorrhagie des lobes latéraux. On avait trouvé l'individu mort, mais avec une circonstance particulière; les deux membres supérieurs fortement contracturés.

Nous avons maintenant à passer en revue vingt cas dans lesquels la lésion du mouvement a été notée avec plus de détails.

Dans trois seulement la paralysie a manqué. Le premier est dû à M. Bayle, qui l'a inséré dans la *Revue médicale* de 1824, tome II. L'individu qui fait le sujet de l'observation perdit subitement connaissance, mais on put s'assurer qu'il avait conservé le mouvement, car si on le pinçait il retirait avec agilité ses membres supérieurs ou inférieurs. Il mourut cinq jours après la perte de connaissance, et avant de mourir, le troisième jour de l'attaque, il fut pris de mouvemens convulsifs des membres inférieurs et d'une raideur remarquable de la nuque; modifications du mouvement qui, comme on le voit, ne sont pas la paralysie. On trouva dans le lobe médian du cervelet une hémorrhagie assez considérable.

Le deuxième se trouve dans une bonne thèse soutenue en 1827, par M. Michelet. Un individu meurt deux ans après une attaque d'apoplexie; il y avait eu cécité produite par une amaurose, mais rien du côté du mouvement; du reste M. Michelet ne parle que du temps où il a observé le malade, et il ne dit pas si l'individu n'a jamais été paralysé. L'hémorrhagie siégeait dans un des lobes latéraux.

Le troisième cas, qui appartient à M. Droullain, ne présenta pas de paralysie; mais on vit des mouvemens convulsifs et une raideur tétanique de la nuque, comme dans le cas de M. Bayle; le malade a été observé dès le début par M. Droullain; il y avait épanchement de sang dans un des lobes latéraux.

Restent donc 17 cas dans lesquels la paralysie a été bien évidente, bien constatée; et parmi les autres il n'en est que deux, celui de M. Bayle et celui de M. Droullain où l'on puisse affirmer que la paralysie n'a véritablement pas existé.

Ces 17 faits résolvent affirmativement la première question que nous avons posée plus haut; l'hémorrhagie du cervelet entraîne-t-elle la paralysie? Dans ces 17 cas, la forme de la paralysie a été l'hémiplégie.

Voyons maintenant quel a été le siége de l'épanchement : dans un seul cas il s'est fait dans le lobe médian, et l'observation en est due à M. Guiaud, qui l'a consignée dans le tom. Ier, n° 90 de la *Clinique des Hôpitaux*. Il y avait eu hémiplégie gauche; dans les 16 autres cas, l'hémorrhagie siégait dans un des lobes latéraux. Y avait-il dans ces 16 cas hémiplégie du côté de l'épanchement ou du côté opposé? la paralysie était-elle directe ou croisée? Nous trouvons onze fois l'hémiplégie du côté opposé à la lésion. De ces 11 cas, 2 appartiennent à M. Serres, et se trouvent dans le tome IIe de son *Anatomie du cerveau;* un autre est consigné dans la Thèse inaugurale de M. Cazes, et a été observé à la Salpêtrière, ainsi qu'un quatrième recueilli par M. Chambeyron. Un cinquième a été recueilli dans le service de M. Piorry; un autre, un des premiers qui aient servi à montrer la paralysie croisée résultant de l'hémorrhagie cérébelleuse, se trouve dans la thèse de M. Heurtaut, soutenue dans l'an 12. M. Rochoux en a donné l'extrait dans la deuxième édition de son livre sur l'apoplexie. Cinq autres cas se voient dans la clinique de M. Andral; mais dans un des cas de M. Andral, de même que dans celui de M. Chambeyron, il y avait en même temps hémorrhagie du lobe cérébral correspondant, ce qui réduit les onze cas précédens à neuf, dans lesquels la lésion existait isolément dans le cervelet.

Maintenant nous avons vu dans le cerveau la paralysie produite dans quelques cas du même côté que la lésion cérébrale; en sera-t-il de même pour le cervelet? Nous répondrons à cette question par la dernière série de nos faits.

Ici il y a deux divisions à établir : ou bien le cervelet est seul lésé; ou bien en même temps que le cervelet est altéré d'un côté, le cerveau l'est de l'autre.

1° Le cervelet peut-il être seul lésé et d'un seul côté? Un cas unique de ce genre a été cité, et il est dû à M. Tavernier, qui le rapporte dans sa thèse sur *l'amnésie* soutenue en 1825. C'est le seul qui puisse être opposé à la paralysie croisée; mais est-il irréfragable? Il a trait à un individu qui, en 1812, fut frappé d'une apoplexie caractérisée par une paralysie complète des membres gauches, et par une perte de la parole avec conservation de l'intelligence.

Huit ans se passèrent, et en 1820, le même homme fut tout à coup pris d'une perte de mouvement des membres droits, et mourut rapidement dans le coma et le stertor.

On trouva à l'ouverture, dans le lobe cérébelleux gauche, une lésion ancienne, consistant en un kyste apoplectique qui correspondait à la paralysie gauche, datant de huit ans. On constata en même temps dans la partie moyenne de l'hémisphère cérébral gauche, un foyer récent qui avait donné lieu à la paralysie subite des membres du côté droit. Au premier abord, il semble qu'il n'y a aucun doute à conserver sur l'action directe de la paralysie; cependant, M. Tavernier, qui a vu le malade lors de la dernière attaque, ne l'avait pas vu lorsqu'il fut frappé de la première hémorrhagie, et c'est la femme du malade qui donna à cet observateur les renseignemens sur ce que présenta alors son mari; n'est-il pas permis de penser qu'il peut y avoir eu là une erreur de commise par la femme? On ne dit pas, du reste, dans l'observation, s'il y avait ou non encore un reste de paralysie du côté gauche, et comme ce fait est unique, il ne semble pas permis d'en tirer une conclusion en faveur de la possibilité de la paralysie directe dans les hémorrhagies cérébelleuses. En un mot, c'est un fait qu'il ne faut pas repousser entièrement, mais auquel cependant il manque quelque chose de cette authenticité nécessaire aux observations qui doivent servir à fonder une théorie.

Dans une deuxième division, nous placerons les cas où simultanément une hémorrhagie s'est faite dans un des lobes latéraux du cervelet et dans un hémisphère cérébral. On en trouve un dans la thèse de M. Droullain; un autre a été vu par M. Quesne, à Bicêtre; un troisième est consigné dans le livre de M. Rostan sur le ramollissement; un autre dans le cinquième volume de la clinique de M. Andral.

Lorsque l'hémorrhagie a lieu isolément dans un des lobes du cervelet, la paralysie affecte les membres du côté opposé; que devrait-il arriver quand le lobe cérébelleux d'un côté étant frappé, l'hémisphère cérébral de l'autre l'est également? Evidemment les membres des deux côtés devraient être paralysés. Eh bien, dans les quatre cas que nous venons de citer, le mouvement est resté intact du côté opposé à la lésion du cervelet, et l'altération cérébrale seule a eu de l'influence sur le trouble du mouvement des membres, et le même effet se produit encore dans des cas de lésion autre que l'hémorrhagie siégeant en même temps dans des côtés différens du cerveau et du cervelet, comme par exemple, dans l'atrophie.

Les conséquences générales de tout cela sont maintenant inutiles à tirer, puisqu'elles découlent naturellement des faits particuliers que nous venons d'exposer.

N° 5. — 12 JANVIER.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. SANSON.

Rétrécissement de la glotte et du pharynx; aphonie, déglutition difficile; traitement par le deuto-chlorure de mercure; guérison.

Salle Saint-Jean, n° 36, a été couchée une femme âgée de 30 ans, habitant la campagne, d'une santé gé-

nérale assez bonne, quoique déjà privée de toutes ses dents incisives supérieures.

Depuis deux ans environ, elle fut prise d'une difficulté pour avaler les alimens, et qui bientôt s'accompagna de dyspnée, de respiration bruyante avec aphonie complète. Le toucher à l'aide du doigt pratiqué par l'arrière-bouche, n'atteint pas le siége du mal; mais une sonde œsophagienne exploratrice en gomme élastique, arrivée à la hauteur de la partie supérieure du larynx, fait reconnaître que dans le point correspondant, le pharynx est fortement rétréci: le rétrécissement est franchi avec peine, quoique sans douleur, et peu après la malade déclare qu'elle avale avec beaucoup moins de difficulté. Mais l'aphonie et la gêne de la respiration persistent à un tel degré, que M. Sanson prescrit de tenir prêt tout ce qui serait nécessaire à l'opération de la trachéotomie.

L'exploration avait bien fait reconnaître une affection avec rétrécissement du pharynx; mais cette exploration ne pouvant être faite pour le larynx, on fut réduit à conjecturer, d'après les symptômes, qu'il existait aux environs de la glotte une maladie de même nature.

Les questions les plus pressantes sur les antécédens de la malade, ainsi que l'examen le plus minutieux des différentes régions ne purent faire découvrir aucune cause de celles que l'on appelle spécifiques.

En conséquence, on fit des applications de sangsues au col, et un séton fut établi à la nuque. Ces moyens, employés pendant un mois, n'eurent d'autre résultat apparent que de suspendre la marche de l'engorgement de la glotte, qui paraissait rester stationnaire. C'est alors que M Sanson prit le parti d'essayer un traitement anti-syphilitique par les pilules de deuto-chlorure de mercure et les tisanes sudorifiques; trois jours après la respiration n'était plus sifflante, et la malade avait recouvré la voix.

Enfin elle sortit de l'hôpital après six semaines de traitement, ne conservant plus que quelque difficulté pour avaler.

Gangrène du pénis par excès de coït et de masturbation, chez un jeune homme de seize ans.

Salle Sainte-Jeanne, n° 59, a été placé un jeune homme de 16 ans, à peau fine et blanche, aux cheveux rouges.

Cinq jours avant, après s'être livré pour la première fois au coït avec une fille publique, il avait passé la nuit à se masturber avec fureur; le lendemain, le prépuce dont la largeur était telle, que sans qu'il y eut phimosis, le gland restait couvert pendant l'érection, s'enflamma et donna lieu à une blennorrhée batarde avec balanite.

Deux jours après, il fut reçu dans une salle de médecine où il resta trois jours, et passa dans le service de chirurgie.

Il présentait alors l'état suivant: Toute la verge offrait des traces non équivoques d'une inflammation violente; elle était rouge, tuméfiée depuis sa base jusqu'au prépuce qui recouvrait le gland; par l'orifice s'écoulait une matière muco-purulente épaisse et abondante. Sur le dos de la verge existait une large tache livide, d'une couleur grise ardoisée, d'une forme ovalaire et d'un pouce de diamètre. Une profonde incision est pratiquée sur cette tache pour donner une issue facile aux liquides septiques. Néanmoins, la gangrène s'était étendue, le lendemain, à toute la partie antérieure du pénis qui parut spacélée.

Cependant, sous l'influence d'un traitement émollient et antiphlogistique, l'inflammation se calme, les escharres se détachent, et l'on peut voir alors toute l'étendue de la perte de substance. Les tégumens, une grande partie de l'épaisseur du gland et l'extrémité antérieure de l'urètre avaient été détruits.

Par un traitement convenable, les plaies se cicatrisèrent dans l'espace de deux mois, sans qu'on crut nécessaire d'administrer un traitement anti-syphilitique, l'affection paraissant entièrement due à des excès tout mécaniques.

CAFFE, D. M. P.,
chef de clinique.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Septième leçon, 6 janvier.)

Nous arrivons maintenant à l'état du liquide sur l'animal vivant. Avec du soin et du temps, et l'aide d'un préparateur habile, il est aisé de faire de la bonne anatomie. Il est des personnes, je le sais, qui répugnent à expérimenter sur des animaux vivans, comme il est des chirurgiens qui sont forcés d'abandonner leurs malades au milieu d'une opération. Le grand Haller, si habitué aux expériences sur les animaux et à la vue du sang, était pourtant inhabile à opérer sur l'homme vivant. D'autres personnes repoussent systématiquement les expériences, comme si la bonne physiologie n'était pas une science de faits, et si elle devait se composer de rêveries; c'est là une erreur grave. Que dirait-on d'un cours de chimie qui se composerait de narrations sans expériences? Il est vraiment déplorable que la science où les sens devraient être le plus exercés, soit celle où ils le sont le moins.

Ceci a lieu dans toutes les universités où les professeurs, peu habitués à l'étude des faits visibles, ne se livrent pas à la physiologie expérimentale, ne se nourrissent que de livres qu'ils répètent à leurs élèves; aussi les phénomènes leur échappent-ils le plus souvent. C'est cependant par l'étude de la physiologie expérimentale que se font les découvertes.

S'il m'est permis de citer mes travaux, je rappellerai que tout le monde parlait des contractions de l'estomac, que l'on regardait comme aussi évidentes que

celles de la main; il me vint dans l'esprit de savoir comment cet organe se comportait; j'ouvris le ventre à un animal, et j'aperçus l'estomac qui, loin de se contracter, se dilatait et se remplissait d'air. Ce fait se répéta devant moi, dix, vingt et trente fois; il fallut dès lors abandonner les idées de contraction et arriver à une nouvelle théorie, celle que les vomissemens dépendent non de la contraction de l'estomac, mais de la compression des muscles abdominaux.

Si je m'étais contenté de lire, je n'aurais pas rectifié ce fait. C'est ainsi que mille autres erreurs se sont glissées dans tous les traités, les auteurs n'ayant pas examiné par eux-mêmes les trois-quarts des faits qu'ils citent.

Voilà comment, dans son ouvrage, M. Cruveilhier ose nier mes expériences sur le sentiment et le mouvement des diverses racines des nerfs vertébraux. Ce sont des faits qu'il n'a point vus, car il n'aurait pas dit que les racines postérieures n'ont pas plus d'action sur la sensibilité, à moins qu'il ne les eût mal coupées et qu'il en restât; que les antérieures n'en ont pas plus sur le mouvement, à moins qu'il n'en restât quelqu'une, et on pourrait dire laquelle; voilà ce qu'il faudrait savoir quand on est chargé de l'enseignement.

Ces expériences, du reste, peuvent avoir de fréquentes applications sur les malades dans le spina-bifida ou les hernies du cerveau, par exemple. Du reste, pour expérimenter, il faut prendre les animaux les plus rapprochés de nous, et tenir compte de toutes les conditions. Ainsi, dans les poissons et les reptiles, la matière sous-arachnoïdienne est à demi-liquide et contient des cristaux; dans les ganglions de la partie postérieure de la moelle chez les reptiles, le miscroscope fait apercevoir ces cristaux bien formés, et qui sans doute pendant la vie étaient à l'état liquide; mais c'est surtout chez les mammifères, chiens, chats, etc., chez les lapins, et les divers rongeurs que l'examen doit être fait; voici ce qu'on observe.

Si on met à découvert un point de la surface du rachis sur la dure-mère on aperçoit une couche plus ou moins épaisse de liquide; il est des points plus avantageux à examiner; dans le crâne la couche du liquide est plus mince, elle est plus abondante au rachis; mais là sont des enveloppes musculaires abondantes, des artères, des os, et la manœuvre est difficile: le point le plus favorable est l'intervalle de l'occipital à l'atlas et à l'axis; ce n'est pourtant pas sans difficulté que l'on découvre le ligament atloïdo-axoïdien, et sans s'exposer à une hémorrhagie.

L'opération une fois pratiquée, on aperçoit la dure-mère assez fortement distendue par le liquide; le doigt qu'on applique au-dessus se lève ou s'abaisse selon les mouvemens de la respiration. J'ai parlé de sinus qui, dans le rachis, se gonflent et se dégonflent; la membrane suit les mêmes alternatives. Si vous enlevez une partie de la dure-mère, à travers l'ouverture se fait une hernie de l'arachnoïde et du liquide; c'est un petit sac, une petite poche qui va et vient sous l'influence de la respiration. Ces faits étaient inconnus. Cependant Cotugno, célèbre par son liquide de l'oreille, les avait vus sur le cadavre; mais ce qu'il en avait dit était perdu dans son ouvrage sur la goutte sciatique, où se trouvent des recherches anatomiques sur les enveloppes du cerveau et les membranes. Le fait vrai de la plus grande abondance du liquide chez les vieillards y est signalé.

Tous ces faits, je ne les ai connus qu'après mes travaux, et je les ai cités. Cotugno s'est demandé si le liquide existait ou non pendant la vie; il avait voulu faire des expériences, mais rien de certain n'en était résulté. En faisant des recherches sur les racines nerveuses, je m'aperçus que toutes les fois que j'incisais la dure-mère, il y avait un jet de liquide; c'est de l'étude de l'animal vivant que je suis arrivé au fait anatomique. Voici donc la succession des faits: si vous découvrez la dure-mère sur un animal vivant, vous apercevez le gonflement; si vous faites un trou à la dure-mère, hernie de l'arachnoïde; si vous percez l'arachnoïde, jet ou nappe de liquide. Ces faits vont être constatés par des expériences faites sous vos yeux.

Première expérience. — Un chien jeune avait été préparé d'avance; on avait découvert l'espace dont nous avons parlé plus haut. La section des ligamens occipito-atloïdo-axoïdiens ayant été faite, le liquide est sorti par jet. On en a recueilli une certaine quantité dans une coupole de verre, les effets suivans ont été observés:

1° La section des muscles de la nuque, qui déterminent une tendance au recul, effet que dans les premiers temps j'avais confondu avec celui produit par la sortie du liquide, et que M. Pinel-Grandchamp me fit distinguer à une époque où il travaillait avec moi. Le second, qui dépend de l'évacuation du liquide et plonge le plus souvent les animaux les plus vifs et les plus furieux dans une immobilité complète. Cet état se prolonge jusqu'à ce que le liquide se soit reproduit, ce qui ne tarde pas à avoir lieu aussi promptement que la réparation de l'humeur aqueuse qui s'est échappée à la suite d'une blessure accidentelle ou d'une opération chirurgicale.

Cette opération, faite sur un vieux renard très-méchant, fit disparaître son envie de mordre. Deux fois seulement, chez de jeunes chiens, j'ai observé, après l'évacuation du liquide, un état d'exaltation et un besoin de mordre tel, que je ne puis les comparer qu'à la rage, et qui me forcèrent à prendre les mêmes mesures de précaution.

Le moindre changement dans la sécrétion de la pie-mère détermine des troubles prononcés. J'ai dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, une fille sanguine qui a éprouvé des douleurs dans les membres et de la difficulté dans leurs mouvemens. Après une courte amélioration elle a perdu successivement le sentiment et le mouvement jusqu'à la hauteur des mamelles. Je suis persuadé qu'il y a ici quelque altération de sécrétion du liquide; on dira que cela tient à une inflammation de la moelle; mais ce mot n'a point de sens pour moi.

Deuxième expérience. —Examinons maintenant le

mouvement d'ascension du liquide : un tube à moitié plein d'un liquide coloré et à une température moyenne, est introduit avec précaution par l'ouverture faite à la dure-mère ; au moment de l'introduction du liquide étranger, l'animal témoigne sa souffrance par des plaintes : le liquide, du reste, monte et descend dans le tube en suivant les mouvemens de la respiration.

Les effets déterminés par la pression expliquent certains états pathologiques ; si nous injectons de l'eau à 25 degrés, en ayant soin de ne pas blesser la moelle, vous voyez que l'animal cesse de crier, qu'il tombe dans la prostration, et a des évacuations involontaires et quelques mouvemens convulsifs ; ces phénomènes s'observent chez les malades. Si nous donnons issue au liquide injecté, ces phénomènes diminuent en même temps que la compression ; vous voyez, du reste, qu'à peine la moitié du liquide contenu dans une petite seringue a suffi pour déterminer un état apoplectique. Nous n'avons pas ici seulement à noter le fait de la compression, mais celui de la présence d'un liquide autre que le liquide naturel, dont nous donnerons la composition d'après M. Concrbe ; vous verrez que, loin de présenter la composition des liquides séreux, il a des principes constituans *sui generis*, qu'on y retrouve quelques élémens du système nerveux ; le microscope, en effet, y montre des globules de matière nerveuse. Les effets que nous venons d'observer et qu'on pourrait attribuer à l'action d'une eau malpropre, sont les mêmes quand on se sert d'une eau distillée.

Troisième expérience. — L'influence de la température du liquide n'est pas moins marquée ; j'introduis ici de l'eau à 5 degrés ; vous voyez qu'à peine un peu de liquide est injecté, l'animal pousse des cris et des plaintes, il a quelques mouvemens convulsifs et des tremblemens comme dans les fièvres intermittentes.

J'ai aussi, dans mon service, une fille de 12 à 13 ans, qui, d'après les symptômes, doit avoir une collection de liquide dans les ventricules. Vous voyez comment l'étude de la physiologie expérimentale conduit aux applications pathologiques.

N° 6. — 14 JANVIER.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. ANDRAL.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. E. LERIVEREND.

Hémorrhagie des centres nerveux.

(Suite du numéro du 9 janvier.)

La paralysie peut encore se produire quand l'épanchement de sang a son siége dans la moelle épinière : ce cas est fort simple.

Dans le plus grand nombre des cas d'hémorrhagie de la moelle, on a observé la paralysie double, et suivant que les parties supérieures ou inférieures de cette moelle étaient atteintes, la paralysie a atteint les membres supérieurs ou les inférieurs.

Quelquefois on a observé l'hémiplégie du côté des cordons antérieurs hémorrhagiés. Elle a toujours été directe ; cette hémiplégie a lieu quand la lésion a atteint un seul côté des cordons antérieurs.

D'autres parties que les membres peuvent être paralysées dans les hémorrhagies des centres nerveux, et cela s'applique aux hémorrhagies du cerveau surtout, celles des autres points n'ayant pas été suffisamment étudiées à cause de leur peu de fréquence.

On a vu, mais rarement, les muscles de l'œil se paralyser, et comme tous les muscles de l'œil ne le sont pas en même temps, parce que tous n'obéissent pas aux mêmes nerfs, on a observé le strabisme, bien moins commun dans l'hémorrhagie du cerveau que dans certaines autres affections du même organe. Le muscle releveur de la paupière supérieure se paralyse quelquefois, et M. Andral a vu cette paralysie précéder de quinze jours l'apparition de l'hémorrhagie, sans aucun autre symptôme précurseur.

Quand la paralysie atteint les muscles des joues, elle a toujours lieu du même côté que la paralysie des membres ; la commissure des lèvres est tirée du côté opposé par les muscles non paralysés ; la paralysie du buccinateur produit certains phénomènes ; quand les malades respirent la bouche fermée, le buccinateur se distend, et comme les lèvres de ce côté restent écartées, l'air sort avec bruit, et on dit alors que le malade *fume la pipe ;* s'il essaie de mâcher, il ne peut plus faire agir ses muscles masticateurs, et est obligé de repousser les alimens avec les doigts.

Il est d'autres effets inutiles à énumérer et qui sont le produit de la paralysie des divers muscles des joues. Du reste, quoique dans l'immense majorité des cas la face soit paralysée du même côté que les membres, cependant il est des observations extrêmement rares où on a semblé voir le contraire ; il faut croire alors à une double lésion.

Mouvemens de la langue.— Il n'est pas très-rare qu'ils n'éprouvent aucune modification. On peut avoir une hémiplégie complète avec paralysie faciale, sans que la langue éprouve le moindre trouble d'action ; d'autres fois, les mouvemens de la langue sont complétement abolis. Il y a impossibilité absolue de la tirer. On l'a vue cependant dans certaines circonstances, après des efforts inouis, être projetée en avant avec violence ; l'articulation des mots est impossible, ce qui ne dépend pas du défaut d'association d'idées nécessaire à la production du langage ; ici ce sont les mouvemens mécaniques de la langue qui sont empêchés. Il existe un autre mutisme qu'il n'est pas de notre tâche actuelle d'examiner.

Quelquefois la paralysie linguale n'a lieu que d'un côté ; si le malade sort sa langue, elle est déviée. Dans quel sens ? elle ne l'est pas toujours du même côté ; le plus communément c'est du côté paralysé ; cependant, dans quelques cas plus rares, mais réels, la langue se porte du côté opposé à la paralysie des membres. Ces

différences dépendent probablement de l'étendue et du siége de la paralysie dans les muscles si nombreux de la langue.

Les mouvemens de cet organe se rétablissent souvent avant ceux des membres. La parole commence à revenir ordinairement au bout de dix, quinze jours, un mois, et elle revient complète ou a peu près, et cependant les membres ne reprennent pas leurs mouvemens. Le plus souvent la paralysie linguale est moins prononcée que celle des membres; mais il est aussi des cas où à la suite d'une attaque les membres sont à peine faibles et engourdis, tandis que l'abolition d'action de la langue est complète. Notons encore que les mouvemens de la langue peuvent être complétement détruits sans qu'il y ait eu jamais perte de connaissance.

Muscles du col. — Leur paralysie. Il résulte quand elle existe, des modifications dans la manière dont la tête est portée.

Muscles respirateurs. — On les voit aussi très-rarement paralysés, si ce n'est dans les apoplexies promptement mortelles, et la fréquence moins grande de la paralysie n'a rien d'étonnant dans ces muscles qui sont sur les limites de la vie de relation et de la vie végétative, et qui servent comme de passage entre les muscles de ces deux vies organique et animale.

Muscles du larynx. — On ne connaît que très-peu d'exemples de leur paralysie. M. Moulin a cité un cas de ce genre.

Muscles du pharynx et de l'œsophage. — Ces muscles qui pourtant sont sous l'influence de la vie nutritive, se trouvent quelquefois soumis à la paralysie, qui cependant n'a été observée que dans des apoplexies très-graves. Cette paralysie, empêchant la déglutition, doit donner un pronostic peu rassurant dans certains cas: c'est par cette gêne de la déglutition que la scène s'est ouverte. M. Flandin rapporte l'observation d'un individu de 28 ans, qui fut pris tout à coup d'impossibilité d'avaler, sans aucune autre symptôme. On était loin de soupçonner un hémorrhagie cérébrale; mais celle-ci se manifesta subitement avec tous ses signes, et coïncida avec le rétablissement de la déglutition.

N° 7. — 16 JANVIER.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Huitième leçon, 30 décembre.)

Après un résumé succinct de la précédente leçon, M. Magendie fait apporter le cadavre du chien qui a servi aux expériences dans la dernière séance, et qui a vécu jusqu'à hier soir. Il est arrivé ce qui arrive quand la surface de l'organe cérébro-spinal n'est plus en rapport avec le liquide normal; l'injection était légèrement teinte d'encre pour l'expérience qu'il n'avait point faite encore et qui a démontré l'ascension et l'abaissement du liquide dans le tube par les mouvemens de la respiration; c'est-à-dire qu'on trouve une couche puriforme comme après la méningite et l'encéphalite, et qui n'est que la transformation du liquide. Dans le canal rachidien l'altération est moins marquée, c'est que le liquide de l'injection est allé surtout du côté du cerveau dans l'expérience; et cependant il y existe aussi une petite couche puriforme.

Relativement à l'histoire du liquide, il y a ici une question importante: ce liquide est-il une véritable sérosité, ou est-ce un liquide *sui generis?* Il est transparent, inodore, un peu salé; on l'a cru pendant longtemps de nature séreuse, mais l'analyse chez l'homme et les animaux a prouvé que la composition en était différente, et y a fait rencontrer une matière animale assez abondante que l'on a cru être de l'osmazôme, et cette matière n'existe pas dans la sérosité. Depuis, M. Couerbe, dans ses analyses sur la composition du cerveau, a obtenu des résultats plus précis, et a prouvé qu'il était d'une nature bien différente. M. Couerbe n'a expérimenté, il est vrai, que sur une quantité de liquide un peu faible; mais son habitude de ces sortes d'expériences lui a permis d'établir d'une manière positive les principes du liquide.

Après l'évaporation spontanée sur une lame de verre, le microscope lui a fait voir un réseau composé de globules informes et analogues à ceux qui entrent dans la composition de la pulpe cérébrale. Quant à la densité du liquide, elle est, comparée à celle de l'eau, de 1,01100 environ: quand il est pur, il est incolore et limpide, inodore et légèrement salé; neutre quand il est extrait depuis peu.

Quand l'évaporation est opérée dans une étuve, le résidu est très-tenace, élastique, jaunâtre, et se compose de sels et de matières grasses qui se rencontrent dans le cerveau. L'analyse y fait découvrir: une matière animale insoluble dans l'alcool et l'éther, soluble dans les alcalis, et analogue au névrilème du cerveau; de l'albumine, de la cholestérine, du chlorure de sodium, du phosphate de chaux, des sels de potasse et de magnésie.

De cette analyse, dit M. Magendie, résultent deux faits. Le premier est très-remarquable; c'est que le liquide rappelle quelque chose de la composition du cerveau, ce qui n'est pas étonnant, car il environne le cerveau, et des parcelles cérébrales peuvent se détacher et tomber dans la cavité sous-arachnoïdienne; ceci vient à l'appui de notre idée sur l'influence du changement de ce liquide sur l'organisme. Le deuxième fait, c'est que dans le résidu du liquide, on a trouvé la matière grasse du cerveau; ce n'est donc pas une simple sérosité.

Quel est l'organe sécréteur de ce liquide? ce n'est pas la membrane séreuse, car il ne se trouve pas dans sa cavité, mais dans la membrane vasculaire, que les faits prouvent d'ailleurs être l'organe sécréteur.

Si vous l'enlevez avec une éponge, vous l'en voyez sourdre d'une manière très-nette. Ce phénomène est bien tranché si vous avez augmenté le liquide par une

injection de liquide (jusqu'à un litre) dans les veines. On ne peut donc nier que la sécrétion n'ait lieu par la pie-mère. Il n'y a pas d'exemple qu'il soit aussi abondant dans les séreuses, qui transsudent plutôt qu'elles ne sécrètent, et ne présentent pas de vaisseaux. Dans les cas d'inflammation les vaisseaux ne sont qu'au-dessous, et vous détachez toujours la membrane séreuse des fausses membranes; il n'y a jamais obstruction des vaisseaux capillaires comme dans les muqueuses. La pie-mère est au contraire, dans ces cas très-injectée, et au lieu de laisser passer le liquide, c'est du pus qui, analysé, serait d'une autre composition chimique que s'il était fourni par un liquide séreux.

Quant au liquide qui est dans les ventricules, c'est autre chose; il n'y a pas certainement en ces points une membrane séreuse générale, comme le voulait Bichat, qui, du quatrième ventricule, s'étende aux autres, comme on le voit dans le péricarde; et cependant il y a beaucoup de liquide. Il est très-probable que ce liquide vient du dehors, de la surface du cerveau ou de la moelle.

Si vous prenez un animal, et qu'après avoir pratiqué l'incision indiquée, vous introduisiez un liquide coloré dans la cavité sous-arachnoïdienne, il pénètre de proche en proche dans la cavité du crâne, à la surface et jusque dans les ventricules; il y a donc une cause qui le fait passer. Chez la plupart des animaux, il n'y a pas de communication libre entre le quatrième ventricule et le cervelet; il n'y a pas de membrane, mais pas non plus d'ouverture, comme chez l'homme; c'est un tamis à travers lequel passe le liquide, qu'il imbibe et franchit comme s'il n'y avait pas de membrane. Dans certains états pathologiques ce passage n'a pas lieu, par suite des changemens opérés dans la texture de cette partie.

Mais chez l'homme, il y a aussi des preuves très-positives du passage de l'extérieur à l'intérieur; je l'ai constaté plusieurs fois, et j'ai imprimé l'histoire d'un homme mort de ce qu'on appelle une inflammation de la pie-mère rachidienne; toute la cavité du rachis contenait du pus, et de là ce pus avait passé dans le cerveau; on n'en pouvait douter, car il y avait apporté l'odeur gangréneuse provenant de la gangrène du cervelet; le fait est hors de doute. Il est donc très-probable, sinon certain que le liquide se forme exclusivement à l'extérieur du cerveau et qu'il pénètre de là à l'intérieur; ce fait a des applications très-importantes pour l'emploi des dérivatifs sur le trajet de la moelle épinière.

Voici d'autres faits aussi en rapport avec l'utilité du liquide. Si vous introduisez des substances étrangères dans le sang, des sels par exemple, qu'il est facile de reconnaître, vous voyez qu'ils vont se déposer bientôt en partie dans le liquide cérébro-spinal; cette expérience vient de manquer sur deux animaux qui sont morts, je ne sais pourquoi, car le prussiate de potasse n'est pas une substance délétère et on peut l'injecter dans les veines jusqu'à la dose de 12, 15, 20 grains sans inconvénient; il n'est pas actif. Au bout de cinq minutes, si on recueille le liquide, on y retrouve cette substance au moyen de réactifs, ce fait est commun à toutes les substances; d'où on doit conclure que les médicamens y viennent également et se déposent à la surface du système nerveux. L'expérience manque chez un des chiens qui vient de succomber, trop tôt sans doute pour qu'on retrouve la substance dans le liquide qui est clair et limpide et qui n'éprouve aucun changement par les réactifs; mais M. Magendie l'a vu bien des fois, et recommencera l'expérience. Voilà donc un fait très-remarquable et qui n'est pas connu des médecins; c'est le transfert prompt dans le liquide des médicamens ingérés dans l'estomac ou injectés dans les veines. Si vous injectez des substances alcalines, l'opium, la noix vomique, de l'alcool, à peine le contact a-t-il lieu avec le liquide que les effets vénéneux se manifestent. C'est la surperficie de la moelle épinière qui est le plus sensible et surtout la partie postérieure, et l'introduction d'une substance peu énergique suffit pour y déterminer des accidens mortels; vous voyez donc que toute espèce de modification dans le liquide doit avoir des conséquences très-graves. Ainsi peut-on être sur la voie de la vérité, si on ne tient pas compte du liquide céphalo-rachidien? Aussi y a-t-il des questions pathologiques bien obscures. Tous les jours on dit que l'épanchement était du même côté que l'hémiplégie ou du côté opposé, selon qu'il y a ou non entrecroisement; et c'est sans doute l'état du liquide qui détermine les symptômes. Il est possible qu'il y ait en même temps épanchement aqueux d'un côté et sanguin de l'autre; ceci expliquerait l'hémiplégie du même côté; l'apoplexie séreuse des anciens n'est point imaginaire, elle est évidente; vous verrez que ces épanchemens causent des altérations des mouvemens, de la sensibilité, comme les épanchemens sanguins.

Une injection de teinture de noix vomique est faite sur un cochon d'Inde, et à peine une goutte est-elle introduite par l'ouverture pratiquée entre la première vertèbre et l'occipital, que l'animal éprouve quelques mouvemens convulsifs et tombe mort; le tétanos n'a pas même le temps de se déclarer.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. E. Leriverend.

Hémorrhagie des centres nerveux.

(Suite du numéro précédent.)

Muscles du rectum.—De leur paralysie naît la difficulté d'expulser les matières stercorales.

Muscles de la vessie.—Cette paralysie, qui agit spécialement sur les fibres du corps de l'organe, se rencontre assez souvent, et doit engager le médecin à toujours

explorer la vessie avec le plus grand soin dans les cas d'apoplexie, car la sensibilité étant émoussée, il pourrait y avoir rupture de l'organe par distension excessive.

On a dit que les fibres de l'estomac pouvaient se paralyser dans l'hémorrhagie des centres nerveux ; mais c'est une assertion qui ne repose sur aucun fait bien constaté.

Marche de la paralysie. — La paralysie, et spécialement celle des membres, peut persister jusqu'à la mort, et durer ainsi plus ou moins longtemps. Elle peut disparaître, ce qui n'a lieu d'ordinaire que lentement. La disparition très-rapide de la paralysie est une forte raison de croire qu'elle n'est pas liée à une hémorrhagie des centres nerveux. Lorsque la vie se prolonge de longues années, la paralysie peut persister toujours la même. On a vu des individus atteints d'apoplexie à quarante ans, et chez lesquels la paralysie existait encore à soixante-dix ans aussi forte qu'au début. La paralysie durant depuis longtemps, la nutrition diminue quelquefois, et le membre s'atrophie. Cette atrophie commence, dans certains cas, très-rares à la vérité, à se manifester un mois seulement après l'invasion de la maladie, comme l'a vu M. Andral.

Au lieu de persister ainsi, semblable à elle-même jusqu'à la fin, la paralysie peut aller en diminuant graduellement ; mais il est à noter qu'une paralysie persistante est quelquefois liée à une lésion très-légère du cerveau. Ainsi, à la mort d'un individu qui avait été paralysé pendant vingt ans, on n'a trouvé qu'une ligne blanchâtre et dure dans l'encéphale, simple cicatrice ayant rompu la continuité des fibres nerveuses.

Enfin la paralysie peut disparaître complétement. Le foyer hémorrhagique arrive dans ce cas à une cicatrisation parfaite, et à travers la cicatrisation l'influx nerveux peut se propager.

Quand elle disparaît graduellement, elle suit dans sa disparition un certain ordre. Si, par exemple, on suppose la paralysie exister dans les joues, les lèvres, la langue et les membres, elle cessera d'abord dans la langue, puis dans la face, puis dans les lèvres, et à une époque où toutes les parties primitivement affectées auront repris leur mouvement, les membres seront encore paralysés sauf les cas exceptionnels. Du reste, la paralysie des membres inférieurs cède plutôt que celles des membres thoraciques. Les premiers conservent toutefois pendant longtemps une difficulté dans la progression ; mais enfin peu à peu disparaît toute trace de troubles du mouvement. Dans les cas où la motilité semble être redevenue tout à fait normale, y a-t-il toujours disparition complète de la lésion ? Non, et on voit encore alors quelquefois des kystes remplis de sérosité : ce sont, il est vrai, des exceptions.

Lésions de la sensibilité.—Ces lésions sont variées, mais elles sont moins constantes dans l'hémorrhagie des centres nerveux que celles de la motilité. Elles peuvent se manifester :

1° Dans l'encéphale lui-même ;
2° vers la peau ;
3° Dans les organes des sens.

I. *Vers l'encéphale.* — Souvent avant l'hémorrhagie on ne remarque vers cet organe aucun trouble de la sensibilité ; quelquefois on observe de la pesanteur de tête, de la céphalalgie, des étourdissemens, des vertiges, comme préludes d'une attaque d'apoplexie.

II. *Vers la peau.*—Dans la plupart des cas, sa sensibilité n'est nullement modifiée avant l'établissement de l'hémorrhagie ; mais on peut rencontrer plusieurs désordres, comme le refroidissement facile des membres, de l'engourdissement, des fourmillemens. Ces différens troubles peuvent se manifester seulement à la peau des doigts ou dans toute l'étendue des membres, ordinairement d'un seul côté du corps, de celui qui plus tard sera paralysé. Quelquefois ces phénomènes se montrent dans les membres des deux côtés en même temps, et cela peut être lié à divers degrés de congestion.

Ces lésions de sensibilité de la peau se manifestent tantôt quelques jours seulement, tantôt de nombreuses années avant l'attaque. Ainsi M. Andral cite, dans le cinquième volume de sa Clinique, l'observation d'une femme qui fut atteinte d'apoplexie à l'âge de cinquante-deux ans, et chez laquelle jamais avant on n'avait observé le moindre trouble du mouvement, mais qui, depuis l'âge de dix-sept ans, éprouvait dans les membres droits des fourmillemens et des engourdissemens qui avaient d'abord été irréguliers, à d'assez longs intervalles, et bornés au membre supérieur, et qui étaient ensuite devenus continus, en s'étendant au membre inférieur.

Ainsi avant l'attaque, avant le moment de l'épanchement, plusieurs désordres de sensibilité peuvent survenir, et il est quelquefois possible de prédire quel sera le côté de l'hémorrhagie, par le côté du corps où se passent les phénomènes précurseurs de la sensibilité. Notons bien toutefois, que le plus souvent l'apoplexie n'est annoncée par aucun trouble de cette fonction.

Quelquefois, la sensibilité est diminuée ou même abolie dans le côté du corps où existe la paralysie ; et ordinairement quand la maladie prend une bonne marche, les troubles de la sensibilité cessent avant ceux de la motilité.

Les muqueuses extérieures peuvent participer à l'abolition de sensibilité. Chez quelques apoplexiés la conjonctive est insensible au contact du doigt, ce qui se lie à d'autres lésions du même genre sur d'autres organes, résultant de l'altération de la 5e paire.

III. *Vers les organes des sens.* — La vision est quelquefois, mais non constamment troublée. On voit des individus qui viennent d'être frappés d'une forte apoplexie, et qui éprouvent en même temps paralysie et perte de la sensibilité, mais la connaissance persiste et la vision est conservée.

Diverses sensations résultant du trouble de cette fonction, sont éprouvées par les malades, qui les expriment de diverses manières : les uns disent que des mouches leur volent devant les yeux : d'autres semblent voir le jour à travers des toiles d'araignées, absolument comme dans le début de la cataracte, et cependant

ici le cristallin est pur ; d'autres voient des bleuettes ; pour d'autres tout est coloré en noir, en vert, en rouge, etc. Quelquefois, des individus qui, plus tard, devaient subir une apoplexie, ont eu plus ou moins longtemps avant l'attaque, la vue modifiée de telle façon que tous les objets leur paraissaient doubles, ce qui constitue la diplopie, passagère chez les uns, se manifestant un jour et non l'autre; se montrant chez d'autres d'une manière constante. Chez quelques-uns la perte de la vue est à peu près complète : ces cas sont fort rares.

On a publié dans divers ouvrages des observations où la vue avait été plus active et plus fine quelque temps avant l'attaque. Quand elle se perd, ce peut être d'un seul côté ou des deux à la fois, dans des cas fort intenses, et cette cécité a coïncidé avec la perte de plusieurs autres sens.

N° 8. — 19 JANVIER.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. SANSON.

Tumeur poplitée ; difficulté de diagnostic ; névralgie sciatique; guérison par les vésicatoires et les bains de vapeur.

Salle Sainte-Vierge, n° 45, a été couché un homme âgé de soixante-deux ans, d'une bonne constitution, gardien des marchés aux fleurs, et forcé par son état à faire de grandes courses pour se rendre d'un marché à l'autre.

Il raconte que depuis deux mois sa femme s'était aperçu qu'il portait dans l'espace poplité du côté gauche, une tumeur qui en remplissait la cavité, et que depuis quinze jours seulement, il avait commencé à éprouver des douleurs dont le caractère était névralgique, et qui étaient assez vives pour le priver du sommeil et lui arracher des cris. La tumeur était sans changement de couleur à la peau, qui avait conservé sa mobilité, occupant toute la hauteur du creux poplité, et faisant une saillie d'environ un pouce en arrière du niveau des tendons qui le limitent. Elle paraissait s'enfoncer profondément vers le fémur ; cependant elle était mobile. Cette tumeur, assez exactement circonscrite, était légèrement lobulée, comme un lipôme, mais elle présentait une consistance plus ferme.

Quelle était la nature de cette tumeur ? Elle n'offrait ni les battemens d'un anévrisme, ni ses mouvemens d'expansion, et ne participait même à aucun mouvement communiqué par les pulsations de l'artère poplitée. Elle n'offrait ni la fluctuation d'un abcès, ni la tension et la forme régulière d'un kyste, ni la fixité jointe à l'immobilité d'une exostose, ni la dureté élastique d'une tumeur fibreuse, ni l'inégalité unie à la dureté d'un squirrhe, ni la mollesse élastique d'un encéphaloïde, etc. Sa consistance, bien qu'un peu plus ferme que celle d'un tissu adipeux hypertrophié, se rapprochait beaucoup plus de celle d'un lipôme que de toutes les tumeurs qui viennent d'être indiquées. Cette circonstance, jointe à sa mobilité et à sa forme globulée, ont fait prononcer à M. Sanson que telle devait être sa nature. Dans cette supposition, une opération seule pouvait en débarrasser le malade ; mais cette opération, dangereuse eu égard au siége de la tumeur, n'aurait été justifiée qu'autant qu'elle aurait été la source d'accidens graves ou de dangers.

Le malade n'hésitait point à accuser cette tumeur des douleurs qu'il éprouvait, et en demandait l'extirpation. Le chirurgien, considérant que les douleurs avaient pour point de départ non la tumeur, mais le pli de la fesse, de telle sorte qu'elles s'irradiaient dans toute la longueur du trajet du nerf sciatique : considérant en outre que les pressions faites sur la tumeur ne les augmentaient nullement, pensa que la névralgie sciatique et la tumeur étaient des affections tout à fait indépendantes l'une de l'autre ; et comme cette dernière ne compromettait en rien la vie du malade ni même les mouvemens du membre, et qu'elle était de nature à ne faire que des progrès extrêmement lents, ou même à rester stationnaire, l'avis de M. Sanson fut qu'il fallait s'abstenir d'y toucher, et il ne s'occupa que de la névralgie, qui fut en effet traitée et guérie par des bains de vapeur et des vésicatoires volans.

ECOLE ANATOMIQUE DES HOPITAUX.

Cours d'anatomie générale, par M. SERRES.

(Troisième leçon.)

Formation du crâne et de la face ; analogies de structure, de développement et de maladie entre le crâne et le rachis ; explication des diverses variétés d'anencéphalies, du bec-de-lièvre, de la staphyloraphie. — Formation du sternum ; explication de l'ectopie du cœur. — Formation de l'abdomen; explication des hernies congénitales de ces viscères.

Le but de l'anatomie générale doit être d'éclairer la pathologie. C'est sous ce point de vue que nous devons surtout continuer l'impulsion donnée par Bichat. L'anatomie telle que nous vous l'exposons, telle que nous l'avons présentée dans nos ouvrages, diffère essentiellement de l'anatomie générale spéculative, et purement spéculative comme la conçoivent quelques anatomistes allemands (1).

Du rachis, passons à la tête et à la poitrine, et voyons si la loi centripète de formation qui nous a donné l'explication du développement de la colonne vertébrale et de ces maladies congénitales, nous éclairera

(1) C'est cette distinction que, par des faits et par des exemples, je m'attache dans ces leçons à faire ressortir.

sur le développement du crâne, de la poitrine et de l'abdomen.

Et d'abord qu'est-ce que le crâne? Si le crâne est une vertèbre ou un assemblage de vertèbres, si sa cavité est le canal vertébral ramené sur lui-même, si l'encéphale est la continuation, la suite, le prolongement de la moelle épinière, vous voyez de suite que le mode de formation, de développement, ne saurait en être différent. A priori, cette analogie est indiquée; reste donc à savoir si l'expérience la justifiera.

Or, l'expérience la justifie, et M. Serres le prouve par les considérations les plus élevées et les plus détaillées de l'anatomie de l'homme avec l'anatomie comparée. Après avoir, par l'ostéogénie, décomposé la vertèbre en ses élémens fondamentaux, il prend en particulier chacun de ses élémens, et les compare un à un avec les élémens correspondans qui composent chacune des sections du crâne. De cette manière, et par ce procédé sévère et nouveau en ce qui concerne l'ostéogénie, il montre d'abord la conformité parfaite de l'occipital et d'une vertèbre; il fait voir ensuite que cette conformité va, en s'amoindrissant sur le sphénoïde postérieur, puis sur l'antérieur, puis sur l'ethmoïde, puis enfin sur les os composant la face, où s'éteignent la plupart des analogies, il montre ainsi les os du crâne et de la face perdant leurs caractères vertébraux en s'éloignant des vertèbres cervicales, et un rapprochement nouveau relatif aux organes des sens, d'une part, et d'autre part commandés par l'ampliation que prennent l'encéphale et l'intelligence chez l'homme.

Après un aperçu rapide sur l'anatomie comparée mise en rapport avec l'embryogénie de l'homme, M. Serres fait ressortir d'une manière frappante le rapport qui existe sous ce point de vue entre l'anatomie et la physiologie de l'homme et celle des animaux.

M. Serres admet six vertèbres crâniennes et deux faciales; les anatomistes diffèrent relativement au nombre; les uns en admettent plus, les autres moins. Le professeur discute à ce sujet les opinions d'Ocken, de Bozanus, d'Ulrich, de MM. Geoffroy Saint-Hilaire et Carus; il montre que toutes ces opinions sont au fond les mêmes, et que les différences proviennent de ce que certains anatomistes ont fait usage des données fournies par l'ostéogénie, tandis que certains autres les ont négligées.

Si vous m'avez suivi dans les développemens dans lesquels je viens d'entrer, vous avez dû voir que les masses latérales des vertèbres crâniennes se développent outre-mesure pour envelopper le cerveau et les organes des sens; les corps vertébraux s'atrophient dans la même proportion. Ces corps vertébraux sont la portion basilaire de l'occipital, le corps du sphénoïde, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer; or, de même que le corps des vertèbres, tous ces os du centre sont doubles primitivement. Les préparations que vous avez sous les yeux ne laissent aucun doute à cet égard.

De même aussi, la partie postérieure de l'occipital, les deux pariétaux et le coronal sont la répétition des apophyses épineuses et sus-épineuses des vertèbres.

Cette analogie de la formation des os de la tête avec les vertèbres étant une fois établie, considérez maintenant les déformations et les maladies dont sont susceptibles toutes ces pièces osseuses.

Vous voyez en premier lieu que la base de l'occipital et le corps du sphénoïde ne se réunissant pas dans certains cas, le cerveau fait hernie par l'ouverture insolite qui existe dans le pharynx.

Vous voyez en second lieu, que le corps de l'ethmoïde restant ouvert par arrêt de formation, l'encéphale tombe dans les fosses nasales.

Vous voyez, en troisième lieu, que la partie postérieure de l'occipital ne se réunissant pas, le cerveau et ses membranes s'échapperont par l'écartement de ces pièces; vous voyez enfin, en dernier lieu, que cet arrêt de formation portant sur les pariétaux ou sur les coronaux, de larges ouvertures seront pratiquées à cette place de la voûte osseuse. Dans ce cas, si fréquent chez l'homme, l'encéphale ne se trouvant plus protégé ni maintenu, sort naturellement par ces issues, comme sortent les intestins de l'abdomen lorsqu'une éventration naturelle ou artificielle est produite.

La pathologie est riche en faits de cette nature: vous en trouverez dans Zacchias, dans Licetus, dans Tulpius, dans Ambroise Paré, dans Morgagni, dans Haller, dans Malacarne, dans M. Meckel: mais nulle part ils ne sont exposés avec plus de méthode et de clarté que dans les écrits de MM. Geoffroy Saint-Hilaire père et fils; nulle part ils ne sont ramenés à leur règle commune comme je viens de le faire présentement.

Je viens de vous montrer que la dualité primitive du rachis, du crâne et de la face donne naissance à une multitude de maladies congénitales, si la nature s'arrêtait dans sa marche, s'arrêtait dans ses développemens. Or, tout l'embryon est double primitivement, tous les organes réputés simples qui occupent l'axe du corps de l'homme ont été composés par la réunion de deux moitiés, à une époque déterminée de la vie intrà-utérine. Si cette loi est générale en organo-génie, elle doit l'être également en pathologie; car vous concevez que la cause qui, dans le cas précité, porte son action sur la colonne vertébrale et la tête, peut agir de la même manière sur la poitrine, l'abdomen, les organes génitaux; la répétition de formation des organismes doit produire et produit en effet la répétition de leur déformation, de leurs maladies congénitales.

N° 9. — 21 JANVIER.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Neuvième leçon, 15 janvier.)

Nous avons vu que le liquide céphalo-rachidien exerce une pression sur le cerveau, les parois du crâne et du rachis: car si on fait une ponction au-dessous de l'oc-

cipital, un jet a lieu. Cette pression a de l'influence sur les dimensions des cavités osseuses et du cerveau; pour peu qu'il y ait une modification dans le volume, les os et le liquide y participent. Le cerveau et la moelle épinière, comme les autres parties du corps, augmentent ou diminuent selon l'âge et l'embonpoint.

Chez un sujet très-maigre, un phthisique, le cerveau n'a plus son volume complet, ce que l'on constate surtout par la quantité du liquide. Chez les vieillards décrépits, après une longue maladie, le cerveau n'a pas le même volume que chez les personnes grasses ou bien portantes. Si on ouvre avec soin le crâne, on voit qu'il ne remplit pas cette cavité; la dure-mère et l'arachnoïde sont trop larges et s'affaissent. Si on recueille le liquide, au lieu de deux onces, quantité ordinaire, on en trouve trois, quatre, cinq onces. Le fait général, c'est que la quantité du liquide est en opposition avec le volume du cerveau, sans quoi il y aurait des vides dans la cavité et des désordres graves dans la circulation ou les fonctions des organes. Quand le foie, les intestins, le poumon ou le cœur s'atrophient, vous vous en apercevez à l'extérieur; le ventre se creuse, les parois se serrent moins bien, il est vrai, à la poitrine, mais on en juge alors par la hauteur du diaphragme qui a fait ascension. Si on engraisse, le diaphragme et le foie s'affaissent; ils haussent si l'on maigrit. Dans le crâne, les parois ne s'affaissent pas; une grosse tête peut contenir un petit cerveau, il est rare que la conformation du cerveau soit exprimée par le crâne; car le crâne est très-inflexible, bien que l'organe contenu varie de volume et de conformation. Il fallait donc (non que j'en fasse une cause finale), il fallait qu'il y eût une variation dans la quantité du liquide pour remplir le crâne et, à moins de circonstances pathologiques, exercer toujours une même pression.

Chez les vieillards caducs le cerveau, diminué de volume, remplit à peine la moitié de la cavité du crâne, qui contient six ou huit onces de liquide; ce qui est vrai pour le cerveau l'est aussi pour le cervelet et la moelle épinière. Le liquide est toujours entre l'arachnoïde et la pie-mère; dans le tissu cellulaire, peu visible d'ordinaire, mais où quelquefois il se fait un intervalle d'un pouce à un pouce et demi. Si le cerveau augmente de volume, le liquide est résorbé. Les augmentations du liquide se font, non-seulement à la surface, mais dans l'intérieur des cavités, ce qui y amène des changemens très-curieux; dans les cerveaux de vieillards caducs, le cerveau diminue non-seulement de volume, mais de quantité, ce qui se voit dans les dessins que j'ai fait faire quand j'étais à la Salpêtrière.

Voici, par exemple, un fait lié avec l'augmentation de la quantité de liquide: toutes les cavités sont augmentées et distendues plus que dans l'état normal; depuis l'ouverture des cavités jusqu'au ventricule, il y a une ouverture très-large, et qui donnerait passage à une plume; c'est un fait mécanique et vrai pour toute membrane à l'intérieur; le troisième ventricule, l'ouverture postérieure (anus), est aggrandie comme l'urètre est dilaté par une sonde ou une injection forcée. Il en est de même pour les parois des ventricules latéraux, dont une partie est constituée par le septum lucidum, qui a ici deux pouces et demi de longueur. Toutes les fois que vous trouverez le septum lucidum dans cet état, vous pouvez être certain qu'il y a de quatre à cinq onces de liquide, et ceci n'est pas un cas pathologique; vous voyez que non-seulement c'est un état ordinaire; mais il peut encore arriver que la cavité du ventricule latéral soit encore beaucoup plus étendue sans que le fait devienne pathologique, quoique le malade soit mort de ramollissement. Comme dans ce cas, il arrive par la seule accumulation du liquide que le septum lucidum se déchire ou se perfore. Indépendamment de ce liquide dans la cavité céphalo-rachidienne, on en rencontre dans la cavité du septum lucidum, dans la glande pinéale, etc. J'en parlerai plus tard.

Quant à la diminution du liquide, elle est presque toujours pathologique.

Relativement à l'influence du liquide sur les parois du rachis et de la tête, il y a des faits curieux. Des enfans ont la tête plus volumineuse sans que le cerveau soit plus grand, ce qui est dû à l'augmentation du liquide (hydrocéphale). Ce qu'il faut noter, c'est que le liquide n'est pas de l'eau, mais bien une accumulation du liquide normal que plusieurs individus portent toute leur vie. Des observations de ce genre s'observent assez fréquemment, et on en trouve dans la plupart des cabinets.

Quelquefois la quantité du liquide éprouve d'autres modifications; l'épine elle-même est distendue, fendue (spina bifida). Dans ce cas, les parois du rachis ne se sont pas assez rapidement développées, et n'ont pas eu assez de consistance pour contenir le liquide; les parois osseuses se sont écartées, et le liquide vient faire saillie sous la peau ou même sous l'épiderme. Chez un enfant dont j'ai conservé les pièces pathologiques, il était venu former sous l'épiderme une poche analogue à la vésicule d'un vésicatoire; il n'y avait pas de trace de peau, de ligament jaune de vertèbre. Voici le rachis; vous voyez la moelle et le point qui correspond avec la cavité céphalo-rachidienne, par laquelle l'extérieure communique avec l'intérieure.

La poche avait un pouce de diamètre et une élévation d'un demi-pouce; elle était transparente.

Dans ces cas de spina bifida, on peut faire des expériences sur la pression et la température. Depuis très-longtemps on a vu que si l'on comprime la poche, le liquide rentre, et qu'il revient alternativement si l'on met le doigt sur la fontanelle. Il y a donc communication; mais alors la pression des organes étant augmentée, on observe de l'assoupissement, comme on l'a vu sur cet animal chez lequel nous avons fait une injection.

On a vu que quand on soustrait du liquide sur un animal qui en a beaucoup, le chien par exemple, du trouble a lieu dans les fonctions nerveuses. Si, sur un enfant de trois ou quatre mois au plus, atteint de spina bifida, on extrait le liquide par ponction, les mêmes troubles se manifestent; cela tient à la diminution du liquide d'abord, et bientôt à son altération. Il

en est de même quand on comprime le cerveau découvert par une blessure.

Quant à cet enfant, dont je vous ai parlé, et dont je tiens les pièces, j'étais présent à sa naissance; la poche était transparente comme une perle, l'épiderme seul la recouvrait; nous nous gardâmes bien d'y toucher, car il serait mort; la poche fut enveloppée avec soin, de manière à ne pas être comprimée et à être tenue très-proprement. Le liquide sous-épidermique n'a conservé sa limpidité que vingt-quatre heures; il est devenu trouble, puis plus épais, puis tout à fait opaque; en sept à huit jours il était converti en une fausse membrane solide, en une masse albumineuse, et la cavité s'est bouchée. Je ne connais pas des faits analogues dans les auteurs. Presque toujours le liquide existe un mois après comme à la naissance. Au reste, le changement de nature du liquide s'est prolongé dans le rachis, il s'est formé de la suppuration, et l'enfant est mort au bout de huit à dix jours.

A l'occasion du spina bifida, on peut faire encore quelques observations. Il y a des cas où le liquide normal était dans la cavité de l'arachnoïde. J'ai, à l'hôpital des Enfans, trouvé deux liquides chez le même sujet; l'un normal, dans la cavité sous-arachnoïdienne, et l'autre purulent dans l'arachnoïde. Il arrive quelquefois que l'ouverture par laquelle les cavités du cerveau communiquent avec le rachis n'existe pas, qu'elles sont bouchées comme ici; mais ici il n'y a pas de cervelet, pas de pont, pas de corps calleux; il y a bien quelques traces de cervelet, mais en avant et non en arrière de la moelle, à peu près dans la position où devrait être le pont de varole. Quant à l'ouverture du quatrième ventricule, elle est fermée. Quoiqu'il y ait quatre ou cinq onces de liquide, vous voyez par l'étendue des ventricules et par le défaut de communication avec le rachis, une preuve évidente que le liquide peut être sécrété dans les ventricules indépendamment du rachis.

On peut jusqu'à un certain point savoir pendant la vie si l'ouverture est ou non bouchée. En comprimant, le liquide remonte dans les ventricules et donne lieu à des phénomènes de compression du cerveau. Si l'ouverture est fermée et que le liquide n'aille qu'à la surface, il remonte bien jusqu'à la fontanelle, mais il n'y a pas d'effet de compression.

Si nous passons à d'autres circonstances où le liquide est augmenté quand la moitié du lobe ou la moitié du cervelet, ou tout le cervelet ne se développe pas, les dimensions du crâne sont maintenues par le liquide. Dans mon Journal de physiologie, j'ai publié le dessin d'un chien cyclope, et qui n'avait point de bouche; les dimensions de la tête étaient à peu près normales, le cerveau ne consistait qu'en un petit tubercule sur la base du crâne; le liquide remplissait tout le reste. Si on eût voulu noter les fonctions cérébrales d'après les dimensions du crâne, voyez ce qui serait arrivé, et cela arrive toujours, car je n'y ai pas encore vu de rapport direct. Quand vous avez un pouce entre le cerveau et le crâne, il n'y a certainement pas de rapport avec la conformation extérieure. Quelquefois un des lobes antérieurs de cerveau n'est pas développé, et est remplacé par une masse de liquide.

J'ai déjà parlé d'une jeune fille chez laquelle il y avait absence du pont, du cervelet, etc.; elle avait vécu pendant onze ans, et rien n'avait fait croire qu'elle n'eût point de cervelet. Les fosses occipitales existaient, mais elles étaient pleines de liquide. Dans les cas où un lobe cérébral manque, le crâne n'offre pas de changement; vous pouvez observer ce fait dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre, où il existe constamment quelques individus dont la main est contracturée et le pied en dedans depuis leur naissance, leur tête ne vous offrira que peu de différence des deux côtés, et cependant vous ne trouvez qu'un lobe. Ici les plus adroits phrénologistes seraient en défaut, à moins qu'ils ne connaissent d'avance la lésion. C'est ce qui arrive encore dans certains cas pathologiques, où une partie du cerveau est ramollie, jaunâtre, pulpeuse, et finit par disparaître. En voici un cas dans le lobe postérieur du cerveau; la substance disparaît, mais le creux est rempli par le liquide, et toujours l'organe se trouve près de la dure-mère et de l'arachnoïde, et le crâne conserve ses dimensions. C'est ainsi qu'on voit des cas d'hydrocéphale chronique gradnée par suite de l'oblitération du trou et de la concentration du liquide dans les ventricules.

ECOLE ANATOMIQUE DES HOPITAUX.

Cours d'anatomie générale; par M. Serres.

(Troisième leçon.)

Formation du crâne et de la face; analogies de structure, de développement et de maladies entre le crâne et le rachis; explication des diverses variétés d'anencéphalies, du bec-de-lièvre, de la staphyloraphie. — Formation du sternum; explication de l'ectopie du cœur. — Formation de l'abdomen; explication des hernies congénitales de ses viscères.

(Suite du numéro précédent).

Jetez les yeux sur les sternums des différens âges que je soumets à votre examen: sur l'un, vous le verrez double à l'état cartilagineux; sur un second, vous trouverez une double rangée de noyaux osseux qui plus tard se seraient réunis; sur un troisième, vous trouverez un trou, une large ouverture sur le milieu. Or, supposez que cet organe s'arrête à son état primitif de développement, aussitôt que l'enfant verra la lumière et respirera, les poumons dilatant la poitrine dans tous les sens, chasseront le cœur devant eux. Le cœur, protégé dans l'état normal par le plastron que lui forme le sternum, manquera alors de cet appui, s'échappera par l'ouverture anormale, et produira la maladie désignée sous le nom d'ectopie du cœur.

Cette maladie, dont j'ai vu deux exemples, a été l'objet d'un ouvrage *ex professo* de M. le docteur Walther, que M. Breschet a enrichi d'observations curieuses; MM. Meckel, Geoffroy Saint-Hilaire, Arnold et Otto en ont rapporté des faits précieux par leur diversité, et analogues dans leur principe.

En pathologie, comme dans toutes les sciences, les faits s'éclairent par leur rapprochement, par leur contact. Un fait qui, considéré isolément, frappe par sa singularité, devient très-simple au contraire, mis en rapport avec ceux de même nature qui lui correspondent: c'est le cas de la perforation de la voûte palatine pour laquelle M. Græffe, de Berlin, et M. Roux, en France, ont imaginé la staphyloraphie. Qu'est-ce que c'est que cette maladie? Elle consiste évidemment dans l'imperfection osseuse de la voûte palatine qui, arrêtée dans sa marche, a produit un trou, une fente là, où doit se trouver un plancher osseux et continu. Rapprochez cette maladie des précédentes, vous verrez que sa cause est la même, ainsi que sa nature. Rapprochez-la du bec-de-lièvre, produit, comme vous le savez tous, par la division de la lèvre supérieure, et l'écartement des sus-maxillaires, et vous verrez que ces maladies sont identiques dans le fond, et ne diffèrent que par le siége différent qu'elles occupent. Allez plus loin encore, et réduisez à leur plus simple expression les opérations chirurgicales que l'art leur oppose, et vous trouverez que la staphyloraphie n'est que l'opération du bec-de-lièvre appliquée à la voûte palatine. Cause et traitement, tout est analogue dans ces deux maladies; les symptômes et le traitement ne diffèrent que par la différence du siége qu'elles occupent.

C'est la répétition, et la répétition exacte de ce que Bichat a établi pour la pathologie des membranes séreuses, qui, bien que différentes par les organes qu'elles protègent, sont identiques au fond; que, bien que différentes par les symptômes que produisent les maladies, se rapprochent et se confondent par la nature des altérations morbides qu'elles produisent, et par la thérapeutique que l'art sait leur opposer avec succès.

Une remarque que je dois faire à l'occasion du second cas que j'ai observé, c'est que, de même que le sternum, le diaphragme se trouvait fendu dans la ligne médiane: cette fente avait produit le déplacement de l'aorte et de l'œsophage, ainsi que la hernie de l'estomac, qui de l'abdomen était passé dans la poitrine. Ce cas se rapprocherait, sous ce dernier rapport, de celui qui est rapporté par Olasner, et qui concernait un enfant qui avait vécu neuf ans.

Vous savez tous que chez le jeune embryon, l'abdomen est ouvert dans toute son étendue et que ses intestins sont, en grande partie, logés dans l'intérieur du cordon ombilical; il arrive souvent que l'abdomen ne se formant pas, ces viscères font hernie au dehors, recouverts ou non recouverts par le péritoine. Cette maladie, une des plus fâcheuses de l'enfance quand elle est portée à un haut degré, devient au contraire curable lorsqu'elle est limitée.

Les observations publiées sur cette maladie sont si nombreuses, que je me bornerai à vous en indiquer les divers degrés caractérisés par le degré d'arrêt de développement des parois abdominales.

Si les muscles abdominaux restent dans leur état primitif de développement, l'abdomen forme une vaste ouverture où les intestins sont dénudés et non recouverts par le péritoine. Ce sont les cas rapportés par Mappus, Blankard, Bartholin, Hoffmann, Cowper, Schenke, Licetus, Aldovrande, Stenon, Calder, Meslet, Mery et Ruysch.

Si, au contraire, les muscles abdominaux peu avancés dans leur formation ont déjà clos en partie les viscères, les intestins déplacés sont reconverts par le péritoine. Tels étaient les enfans dont l'histoire nous a été donnée par Ruysch, par Bonnet, par Petit et par Chadelard.

Enfin, si l'arrêt de formation a frappé les parois de l'abdomen au moment où cette cavité allait se clore, la maladie est caractérisée alors par la dilatation de l'ombilic, et une hernie dite *exomphale* et très-curable est le seul accident qui résulte de cette non formation des parois abdominales. Depuis Mauriceau, jusqu'à MM. Baudelocque et Boyer qui en ont rapporté des exemples, on compte par centaines les enfans qui sont nés avec des exomphales.

En définitive, vous voyez que les mêmes lois qui président aux formations organiques président également à leur déformation lorsqu'elles sont congénitales; vous voyez que les organismes sont primitivement doubles chez les jeunes embryons; que les parties qui sont d'un côté du corps sont aussi de l'autre, mais par moitié seulement en ce qui concerne les organes uniques qui en occupent l'axe.

Dans l'ordre naturel des formations, ces deux moitiés des organismes centraux marchent de dehors en dedans à la rencontre l'une de l'autre; parvenues au point de contact elles se réunissent, et la dualité organique est ramenée à l'unité qui sert de type à nos prescriptions.

Mais si ces deux moitiés s'arrêtent dans leur marche, leur réunion ne pouvant s'effectuer, il en résulte une organisation différente de la précédente, d'où naissent les aberrations ou les maladies congénitales dont nous venons de présenter une esquisse rapide. Ces aberrations, ces déformations ou ces maladies congénitales sont donc toutes, et ne sont autre chose que des arrêts de la loi de symétrie des organismes chez l'homme.

N° 10. — 23 Janvier.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. E. Leriverend.

Hémorrhagie des centres nerveux.

(Suite du numéro 7.)

Quand la vue est abolie d'un côté, quel est ce côté?

Dans une série de faits la vision était perdue du côté où existait la paralysie et le trouble de la sensibilité cutanée. Dans une autre série de faits, c'est du côté opposé que cela a été observé, et on peut se rendre compte de ce phénomène par la connaissance du lieu où s'est produit l'épanchement, et de l'influence plus ou moins grande que cet épanchement peut exercer sur les différentes racines des nerfs optiques, qui, comme on le sait, sont si nombreuses, dont les unes se mêlent sans s'entre-croiser, dont les autres s'entre-croisent, dont quelques-unes vont directement; de sorte que, suivant que l'hémorrhagie aura agi sur tel ou tel ordre de racines, la perte de la vue sera directe ou croisée.

Peut-on, quand la vue est éteinte, déterminer *à priori* le siége de l'épanchement dans les couches optiques ou les tubercules quadrijumeaux? La théorie seule répond oui. Il est des cas où la vue est abolie, et pourtant les tubercules quadrijumaux n'ont pas été touchés. D'après M. Serres, pour que la cécite fût produite, il faudrait que la lésion se trouvât au niveau de la commissure des couches optiques, et la partie supérieure de ces ganglions pourrait être intéressée sans que cet effet fut produit.

La cécité s'est montrée dans des cas où l'hémorrhagie avait eu lieu très-loin des couches optiques dans le cervelet, par exemple, comme nous l'avons déjà vu.

Dans les cas d'hémorrhagie très-forte, la pupille est dilatée en raison de l'altération de la vision.

Il y a à faire les mêmes considérations sur les autres sens : l'ouïe peut être abolie si l'épanchement est très-considérable; elle n'est que modifiée quand la lésion cérébrale est plus faible. Les sens peuvent présenter divers troubles dans certains cas d'altération de la cinquième paire, comme nous l'avons indiqué dans le résumé de la première leçon.

Les altérations de sensibilité avec leurs différentes formes, se retrouvent dans l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux et dans celle du mésocéphale; les symptômes sont très-rapidement mortels. On voit survenir le coma, la sensibilité est gravement compromise. Quant à la moelle épinière, il y a modification plus ou moins profonde de la sensibilité, quand le centre est le siége de l'hémorrhagie.

Intelligence.—Etablissons, pour les troubles de l'intelligence propres à l'hémorrhagie des centres nerveux, les mêmes divisions que nous avons établies pour les autres fonctions.

Dans la plupart des cas, avant l'apparition de l'apoplexie, elle ne donne que des signes purement négatifs. Cependant, chez un certain nombre d'individus, plus ou moins longtemps avant l'attaque, il y a une paresse notable de l'esprit; le travail est pénible, il existe un engourdissement qui fait rechercher toujours le repos intellectuel. Cet état s'accompagne de tendance au sommeil; chez d'autres, au contraire, on remarque une excitation singulière, un besoin continuel du mouvement et du changement de place. Au lieu d'avoir l'intelligence lente, comme les premiers, ceux-ci la présentent plus vive. Chez certains autres, ce sont des hallucinations résultant de l'exaltation ou de la perversion des divers sens; hallucinations quelquefois très-remarquables, et sur lesquelles nous aurons plus tard occasion de revenir avec détails.

La mémoire peut se perdre complétement.

Troubles intellectuels au moment même de l'hémorrhagie.

1° On a trop souvent répété que l'hémorrhagie des centres nerveux s'accompagnait toujours de la perte de l'intellligence; car cela est très-loin d'être constant : l'intelligence peut rester complétement intacte.

2° Il est des cas où l'inteligence n'est que diminuée, sans être tout à fait abolie.

3° Elle peut être entièrement perdue.

M. Andral pense qu'on doit plutôt chercher la raison de ces différences dans l'intensité de la maladie que dans la connaissance du siége qu'elle affecte. Toutes les fois que la lésion est peu étendue, l'intelligence demeure intacte; mais si cette lésion est considérable, il y a modification dans la manière dont le cerveau élabore la pensée. En est-il de même quand ce sont les autres parties de l'encéphale qui sont atteintes? Les faits répondent que dans un certain nombre de cas d'hémorrhagie du cervelet, l'intelligence peut s'abolir. Les trente-deux observations que nous avons analysées dans la leçon précédente en font largement foi; soit que cet organe participe en quelque chose aux actes intellectuels, soit que ses maladies n'agissent que par retentissement.

Pour ce qui regarde le mésocéphale, comme tous les cas d'hémorrhagie qui y ont été observés ont toujours été fort graves, et que constamment le coma a été noté, l'intelligence était par conséquent abolie.

Dans les hémorrhagies de la moelle, l'intelligence se conserve, et c'est surtout par les lésions de la sensibilité et de la motilité que se fait la traduction symptomatique de cette maladie. Les exceptions à cette loi s'expliquent par la réaction des souffrances de la moelle sur le cerveau, car tout s'enchaîne dans notre économie, et une molécule ne peut être dérangée sans retentissement plus ou moins grand sur le reste. M. Fabre a cité dans sa thèse l'observation d'un individu chez lequel les piramides antérieures seules étaient le siége d'une hémorrhagie, sans la moindre trace d'épanchement ailleurs; cette lésion circonscrite coïncidait avec une abolition complète de l'intelligence. Les phénomènes apoplectiques avaient été aussi prononcés qu'on les rencontre dans les hémorrhagies les plus étendues des hémisphères cérébraux.

Reprenons maintenant l'histoire générale de l'hémorrhagie des centres encéphaliques.

Une fois l'hémorrhagie consommée, une fois que le sang ne s'épanche plus, soit que la mort doive survenir promptement, soit que la résorption doive se faire; si l'hémorrhagie a été forte, l'intelligence est abolie, et son abolition persiste; il se manifeste un coma qui devient de plus en plus profond.

Si l'épanchement a été moins violent et moins considérable, l'individu se réveille, il se remet en communication avec le monde extérieur, dont l'avait pour ainsi dire séparé le coup hémorrhagique ; il recouvre une partie de son intelligence. Chez quelques malades même, cette intelligence reprend tous ses droits, et on a vu des hommes de lettres, par exemple, revenir après une apoplexie à leurs travaux chéris et accoutumés, sans que rien dans leurs productions annonçât que leur cerveau eût subi une lésion aussi terrible que celle qui constitue l'hémorrhagie.

Mais le plus souvent il y a des désordres qui peuvent ne pas se manifester dans le commerce habituel ; seulement, si le malade veut se livrer à un travail soutenu et fort de l'intelligence, il ne le peut pas ; son cerveau n'est plus ce qu'il était, il ne peut plus agir comme il le faisait avant l'attaque, et cette perte de l'intelligence subséquente a lieu chez quelques individus qui ne l'ont point perdue d'emblée à l'attaque même ; elle vient chez eux d'une manière toute graduelle, par un affaiblissement progressif.

D'autres sont moins heureux que les précédens, car ils ne peuvent plus vivre de la vie commune ; ils sont enlevés à leurs relations habituelles. Ainsi, à l'apoplexie succède un état d'enfance ou d'imbécillité qui toujours va croissant ; état chez quelques-uns d'abord mal dessiné ; mais pour peu qu'on les tourmente, qu'on les occupe de choses qui ne leur plaisent pas, on les voit pleurer avec la plus grande facilité sans que pour cela leur sensibilité morale ait été le moins du monde mise en jeu.

D'autres ne présentent pas cette diminution progressive de l'intelligence ; c'est tout à coup qu'ils tombent dans un état aigu d'aliénation. Ces cas, il est vrai, sont rares : M. Andral en possède quelques-uns.

Chez d'autres, ce qui se manifeste est un délire fébrile, état distinct de l'aliénation, et qui annonce une complication d'encéphalite ou de méningite.

Mais l'intelligence ne peut pas seulement se modifier en masse ; les nombreuses facultés dont l'ensemble constitue cette intelligence, peuvent s'affecter isolément. Ainsi il n'est pas rare de rencontrer des hémiplégiques ayant leur manière de converser habituelle, et si vous leur demandez ce qu'ils ont fait la veille, ils ne le savent pas ; leur imagination est intacte ; ils ont perdu la mémoire ; quelquefois ce n'est pas toute la mémoire qui est ainsi abolie ; ils ne sont gênés pour la manifestation de leurs idées que dans la recherche des substantifs, par exemple, dont le souvenir leur est inviniciblement arraché. Du reste, c'est là une question sur laquelle nous ne jetons que quelques mots par anticipation et sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Nous avons vu que plusieurs personnes ont perdu la faculté d'articuler, et que cela peut tenir à des modifications survenues dans l'organe de l'articulation, dans la langue elle-même ; mais la parole ne se forme pas seulement à l'aide de la langue, elle résulte d'un travail cérébral tout spécial, et l'homme seul parle, parce que seul il a une organisation donnée du cerveau, avec laquelle la parole est compatible ; aussi peut-il se rencontrer, et se rencontre-t-il en effet fréquemment des cas dans lesquels, sans que la langue ait éprouvé la moindre modification dans ses mouvemens, le mutisme a cependant lieu, parce qu'une lésion existe dans la partie du cerveau qui préside à la coordination des idées, d'où résulte le langage parlé.

Nous voyons, à mesure que nous avançons, s'isoler les lésions fonctionnelles, ce qui prouve un siége spécial pour chacune dans l'organe cérébral, sans que nous voulions dire par là que ce siége nous soit connu ; il n'y a que confusion et divergence sur ce point dans la science ; et par exemple, pour la parole, examinons les faits qui ont servi à baser des opinions sur sa localisation.

M. Bouillaud, qui s'est beaucoup occupé de cette question, a conclu de ses observations, que la parole est modifiée quand une lésion a lieu dans les lobules antérieurs du cerveau.

Comme nous l'avons fait pour le siége de la lésion en rapport avec la paralysie des membres inférieurs ou supérieurs, c'est encore par des faits que nous allons examiner l'opinion de M. Bouillaud.

Dans 37 cas où la lésion occupait les lobules antérieurs, il y a eu abolition complète de la parole vingt-une fois, conservation, seize fois.

Donc la lésion des lobules antérieurs n'entraîne pas nécessairement la perte de la parole, ce qui ne prouverait pas que là n'est point son siége, car dans les 16 cas dissidens, la lésion a pu être légère.

Il fallait voir ce que devenait la parole, les lobules antérieurs étant complétement sains ; les moyens et les postérieurs étant au contraire altérés.

Dans sept cas, il y avait lésion des lobules postérieurs, les antérieurs étaient intacts, et la parole était abolie.

Dans sept autre cas, la parole a encore été trouvée abolie, quoique le lobule antérieur fût sain, et que la lésion résidât dans les moyens et les postérieurs.

Une femme âgée entra à la Pitié, privée de la parole depuis deux ans, d'une manière complète ; les mouvemens de la langue étaient entièrement libres ; elle mourut, et fut examinée avec le plus grand soin par M. Andral. Elle avait, au centre de chaque hémisphère cérébral, au niveau et en dehors de l'intervalle qui sépare les couches optiques des corps striés, et par conséquent dans le lobule moyen, un petit ramollissement. On ne trouva absolument rien autre chose. Ce cas est très-important dans la question actuelle, car lorsque la maladie donne lieu subitement à la mort, on peut dire que si le lobule antérieur n'a pas été atteint, il a pu au moins y avoir retentissement sur ce point du cerveau ; mais évidemment ici, on ne saurait invoquer ce retentissement, car il s'agissait d'une lésion tout à fait chronique.

M. Recamier avait pensé que la partie du cerveau qui préside à la parole était la partie moyenne du centre ovale de Vieussens : d'autres observateurs lui ont assigné d'autres siéges. M. Serres, par exemple, l'a placée dans le corps strié ; M. Foville dans la corne d'Am-

mon, etc. Evidemment ce sont là autant de conséquences prématurées de faits trop particuliers; car non-seulement la parole peut être abolie avec les lésions des hémisphères les plus différentes par leur siége, mais la perte de cette parole peut coïncider avec un état d'intégrité complète de tout le cerveau.

M. Lallemand a cité un cas où la lésion n'existait que dans le cervelet; les hémisphères cérébraux ne présentaient pas la moindre altération, et cependant la faculté de parler avait disparu.

De tout ce que nous venons d'exposer, il suit que nous pouvons seulement constater un fait, c'est que l'abolition de la parole est souvent une conséquence de l'hémorrhagie des centres nerveux; qu'il faut qu'il y ait quelque chose de différent chez celui qui a conservé, et chez celui qui a perdu la faculté qui nous occupe, mais que ce quelque chose est encore à trouver.

M. Cruveilhier a vu, il y a quelque temps, la perte de la parole coïncider avec une lésion de la protubérance annulaire, près de la moelle alongée.

Du reste cette question sera examinée plus en détail par la suite.

Maintenant que nous avons établi les modifications que subissait la vie de relation dans l'hémorrhagie des centres nerveux, examinons quelles influences peuvent être exercées par cette maladie sur les différens actes de la vie nutritive. (*La suite à un prochain numéro.*)

N° 11. — 26 JANVIER.

HOTEL-DIEU.

Cinique de M. SANSON.

Tumeurs hémorrhoïdales, accidens qu'elles produisent; procédé à mettre en usage pour leur guérison radicale.

Les tumeurs hémorrhoïdales présentent beaucoup de variétés sous le rapport de leur texture, de leur volume, de leur siége, de leur nombre et des accidens auxquels elles donnent lieu.

Dans beaucoup de cas elles sont constituées par de véritables dilatations variqueuses qui, de même que les varices des membres, se présentent soit sous forme d'un simple renflement, ou bien sous forme de renflemens agglomérés; leur couleur est d'un brun noirâtre: elles sont bosselées à leur surface, et les injections poussées par les artères n'y pénètrent que difficilement. D'autres fois, les tumeurs anales sont d'un rouge vif et sont plus ou moins volumineuses, lisses à leur surface, d'une consistance plus ferme. Evidemment formées par l'agglomération d'un grand nombre de vaisseaux capillaires soutenus par une trame cellulaire, c'est un véritable tissu érectile qui reçoit facilement une injection fine envoyée par les artères. Tandis que les tumeurs hémorrhoïdales variqueuses sont presque insensibles, celles de la seconde espèce possèdent une exquise sensibilité.

Le volume des unes et des autres varie depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une forte noix. Le volume des variqueuses atteint ordinairement une grosseur plus considérable que celui des érectiles.

Leur nombre, quelquefois très-grand, peut former un double bourrelet à l'entrée du rectum: un de ces bourrelets correspond à l'orifice de l'anus. (Hémorroïdes externes.) L'autre cercle se trouve au-dessus du sphyncter et à l'entrée de la grande dilatation du rectum.

Chez quelques individus elles se congestionnent de temps en temps, soit à l'occasion d'un excès de régime, soit par une position assise trop longtemps conservée sur des siéges échauffés; mais elles ne fluent jamais. Lorsque les hémorrhoïdes externes éprouvent cet accident, elles surmontent peu à peu la résistance du sphyncter de l'anus en le dilatant et se précipitant au dehors, entraînant quelquefois avec elles, non-seulement le bourrelet interne, mais encore la muqueuse du rectum; souvent c'est à l'occasion des efforts pour la défécation que ce prolapsus a lieu.

Chez quelques malades, les hémorrhoïdes, sans être enflammées, sont tellement volumineuses, qu'elles restent toujours au dehors ou apparaissent à chaque défécation. Qu'elles soient enflammées ou non au moment de leur chute, si elles restent au dehors, elles ne tardent point à être enflammées par le resserrement du sphyncter; elles acquièrent dans ce cas un volume exagéré, et deviennent rapidement très-difficiles à réduire. Le malade est en proie à l'anxiété, à la fièvre, au ténesme vésical; il éprouve même des nausées, des vomissemens et autres accidens analogues à ceux d'une hernie étranglée. Il n'est pas rare de voir cette scène se terminer par la gangrène de toute la masse déplacée; le malade peut alors éprouver divers accidens, tels qu'une suppuration plus ou moins prolongée et le rétrécissement du pourtour de l'anus; mais il se trouve débarrassé de ses hémorrhoïdes.

Quand les tumeurs hémorrhoïdales sont isolées et qu'elles s'enflamment, il est rare qu'elles soient prises de symptômes d'étranglement, mais souvent elles deviennent le siége d'abcès dont elles sont percées de part en part.

Chez certains sujets les hémorrhoïdes s'enflamment peu, mais elles deviennent fréquemment, et quelquefois à des époques périodiques, le centre de fluxions sanguines qui se terminent par une exhalation de sang plus ou moins abondante.

On connaît les sympathies qui unissent l'estomac au cerveau; on sait avec quelle facilité les excès de table favorisent les congestions cérébrales et même les attaques d'apoplexie. Une sympathie non moins étroite, mais plus facile à expliquer par les rapports anatomiques, unit les principaux organes de la digestion au système vasculaire du rectum, et détermine souvent, dans les mêmes circonstances le développement des hémorrhoïdes. Quand celles-ci fluent modérément, elles ont un effet salutaire, et dégagent à la fois les viscères abdominaux et le cerveau; quand au contraire, les

hémorrhoïdes ne font que s'enflammer, elles n'ont aucun avantage, et sont incommodes ou douloureuses en pure perte.

Il résulte de là, qu'en général, il faut respecter les hémorrhoïdes qui fluent modérement.

Que celles qui produisent des écoulemens de sang immodérés, ne doivent être détruites qu'en partie.

Qu'enfin on peut non-seulement sans inconvénient, mais encore avec avantage, détruire toutes celles dans lesquelles on n'observe que des phénomènes inflammatoires.

On ne peut insister sur le traitement assez connu, applicable aux hémorrhoïdes fluantes; nous nous bornerons à rappeler celui qui convient aux hémorrhoïdes enflammées et à celles qui produisent des hémorrhagies trop abondantes.

J.-L. Petit recommande de les inciser avec la lancette; mais il est facile de voir que ce procédé ne peut être utile que dans les cas d'hémorrhoïdes variqueuses; il expose d'ailleurs à des symptômes de phlébite, et aujourd'hui tous les praticiens sont assez généralement d'accord qu'il ne faut attaquer les tumeurs hémorrhoïdales dans l'intention de les détruire, que lorsqu'elles ont cessé d'être le siége de phénomènes inflammatoires. Les applications de sangsues réitérées, les demi-bains, les lavemens émolliens, etc., sont les moyens à l'aide desquels on parvient à calmer l'inflammation.

Lorsqu'elles sont étranglées, on peut ordinairement les réduire en recouvrant la tumeur qu'elles forment avec un linge enduit de cérat, en les comprimant doucement dans la main, mais par une force graduée, de manière à en diminuer le volume par l'expulsion du sang qu'elles contiennent, et en les repoussant ensuite dans la cavité du rectum. Lorsque, ce qui est très-rare, la constriction exercée par le sphyncter est insurmontable, il faut commencer à inciser cet anneau musculeux et procéder ensuite comme il vient d'être dit. Si les tumeurs étaient gangrénées, il n'y a rien autre chose à faire qu'à attendre la chute des escarres et à s'opposer à la formation d'un rétrécissement de l'anus et du rectum, par l'usage des mèches.

La ligature et l'excision sont les deux seules méthodes de détruire les hémorrhoïdes qui aient été conservées. La première a peu de partisans, parce qu'à côté de l'avantage incontestable de mettre à l'abri de l'hémorrhagie, elle offre l'inconvénient très-grave d'exposer à des inflammations dangereuses qui sont probablement le résultat d'une phlébite. C'est donc, en définitive, à l'excision que l'on s'est arrêté; mais celle-ci donne souvent lieu à des hémorrhagies dont le produit se versant dans la cavité du gros intestin, le remplit quelquefois en entier avant d'apparaître à l'extérieur. Il importe en conséquence de se munir, avant de pratiquer l'opération de l'excision, de tous les instrumens nécessaires pour arrêter l'écoulement du sang des vaisseaux divisés, c'est-à-dire de pinces à ligature, de fils, de compresses carrées, de bourdonnets de charpie liés par leur milieu, et même d'un cautère en roseau rougi au feu. L'opération est simple, le malade étant couché sur le bord de son lit, préalablement garni d'une alèse, la jambe du côté sur lequel il repose fort alongée, la cuisse du côté opposé étant fléchie sur le bassin, et la fesse libre étant soulevée par un aide, on ordonne au malade de faire des efforts comme pour aller à la garde-robe; les tumeurs hémorrhoïdales deviennent plus saillantes, les internes se montrent à l'extérieur. Le chirurgien les saisit successivement avec des pinces et les retranche par un coup de forts ciseaux courbés sur le plat. Si un vaisseau fournit un jet apparent, et qu'on puisse le saisir et le lier, il faut le faire; dans le cas opposé, il faut se servir du cautère actuel. Si les plaies fournissent une hémorrhagie abondante et en nappe, il faut enfoncer, à l'aide d'un stylet, et jusqu'au-dessus de la dilatation des sphyncters, la partie moyenne d'une compresse carrée, en écarter les quatre angles, la remplir autant que possible de bourdonnets de charpie, et ensuite faire effort sur elle comme pour la tirer en dehors, après avoir réuni ses quatre angles; elle forme ainsi un tampon qui, étant trop volumineux pour franchir les sphyncters, comprime nécessairement les vaisseaux divisés.

Si l'écoulement de sang, bien que peu considérable, l'est cependant trop pour être abandonné à lui-même, il faut se borner à introduire une forte mèche.

Il faut ensuite surveiller le malade attentivement: pour peu qu'il pâlisse, qu'il éprouve la sensation d'un liquide chaud qui se répandrait dans son ventre, qu'il ressente des coliques, qu'il ait des sueurs froides et surtout des dispositions aux lypothymies, il faut se hâter de lui faire prendre des lavemens à l'eau froide et vinaigrée, de lui faire expulser le sang épanché dans le gros intestin, et de revenir aux moyens qui ont été indiqués.

Plusieurs individus auxquels on avait pratiqué l'excision des hémorrhoïdes, sont morts par suite de la négligence des aides, ou parce qu'ils n'avaient pas su reconnaître les signes d'une hémorrhagie interne.

Aux n°s 45 et 56 de la salle Sainte-Jeanne, M. Sanson a pratiqué l'excision de tumeurs hémorrhoïdales de nature érectile, en mettant à exécution les préceptes que j'ai décrits. Chez l'un de ces malades, des accidens inflammatoires fréquens; chez l'autre, homme déjà avancé en âge, des flux sanguins, véritables hémorrhagies produisant un état anémique, avaient contraint de recourir à l'opération. La compression que l'on fut obligé d'exercer sur le premier de ces malades, par l'introduction dans le rectum d'une mèche très-volumineuse, donna lieu à une irritation très-vive du col de la vessie et de la prostate, au point d'être obligé d'évacuer les urines par le cathétérisme. Ces accidens ne furent que temporaires. La mèche, au moment de la première défécation, fut remplacée par une moins volumineuse. La guérison n'éprouva pas d'autre entrave, et fut absolue après trois semaines.

Le second opéré, plus âgé, usé par une alimentation insuffisante, appauvri par des pertes de sang continuelles antérieures à l'opération, a vu cesser ce dernier

accident : mais il est en proie à une dysenterie répétée qui donne quelque inquiétude pour ses jours.

CAFFE, D.- M. P.,
Chef de clinique.

ECOLE ANATOMIQUE DES HOPITAUX.

Cours d'anatomie générale, par M. SERRES.

(Quatrième et cinquième leçons.)

Lois de perforation et de canalisation du système osseux et des autres organismes; corollaires qui s'en déduisent pour la pathologie générale et les maladies congénitales.

La loi de symétrie que le savant anatomiste de Halle, M. Meckel, a nommé *lex serriana*, est donc un fait général dont vous avez vu, en pathologie, les applications nombreuses. Mais une règle en suppose d'autres : une partie de l'organisation ne saurait être soumise à un type uniforme de développement, tandis que les autres seraient soumises au hasard ou aux caprices de la nature, comme on le suppose aujourd'hui encore, quoique le système de préexistences s'écroule de toutes parts.

Si vous considérez le système osseux et les autres systèmes organiques, vous les trouvez creusés de cavités plus ou moins profondes ; vous les trouvez perforés de part en part par des trous qui livrent passage à des vaisseaux ou à des nerfs ; vous les trouvez parcourus par des canaux plus ou moins longs qui reçoivent les fluides nécessaires à la vie, ou bien qui les répandent dans les parties périphériques.

Comment l'anatomie générale se rend-elle compte de ces états divers ? Que sont devenues ces explications mécaniques qui attribuaient au frottement ou à une usure lente les cavités des canaux ou des trous ? Le temps en a fait justice ; et l'expérience qui, comme vous le savez, est fille du temps, a substitué des faits généraux à ces étroites suppositions.

Prenons, pour premier exemple, les trous du rachis qui livrent passage aux vaisseaux et aux nerfs de la moelle épinière. Sur le côté du corps de chaque vertèbre, vous voyez une échancrure semi-elliptique, laquelle rapprochée de la vertèbre qui la suit, forme une ouverture complète. Cette ouverture est désignée par tous les anatomistes sous le nom de trou de conjugaison, parce qu'il faut en effet la conjugaison de deux vertèbres pour que la perforation pénètre dans le canal vertébral.

Or, ce mécanisme si simple et si facilement connu des trous de conjugaisons, est la règle de formation de tous les trous du système osseux et des autres organismes. Vous en avez les preuves sous les yeux. Ces préparations d'ostéogénie vous montrent le trou occipital formé par la réunion de quatre pièces osseuses, les trous maxillaires supérieurs et inférieurs du sphénoïde résultant de la conjugaison des deux moitiés de ses grandes ailes, la fenêtre ronde et la fenêtre ovale de l'oreille moyenne se formant comme le trou auditif interne par l'adossement de deux pièces si visibles sur cet embryon humain à la fin du deuxième mois. Le trou auditif interne en a trois pour former le cadre tympanal qui persiste jusqu'à la fin du quatrième mois. Pour former le trou dont est perforé l'apophyse transverse des vertèbres cervicales, vous voyez cette petite pièce alongée qui, comme une côte rudimentaire, vient s'appliquer sur les deux branches de l'apophyse. Supposez ces branches bifurquées; placez ces vertèbres au sacrum, et par l'application de cette pièce surnuméraire, vous verrez se déterminer les trous sacrés antérieurs et postérieurs.

Je m'arrête dans ces démonstrations qui surabondent dans le système osseux, et j'arrive à la perforation des autres organismes.

Il y a toujours chez le fœtus une ouverture percée dans les cloisons des oreillettes du cœur. Cette cloison est un diaphragme qui, de même que celui qui cloisonne la poitrine, se forme de deux parties développées isolément : l'une descend de la paroi de l'oreillette unique qui existe primitivement ; l'autre remonte de la paroi inférieure ; en s'avançant l'une vers l'autre, elles laissent entre elles un espace d'autant plus large que l'embryon est plus jeune. Cette espace est le trou de Botal par lequel s'opère le mélange des deux colonnes sanguines pendant le cours de la vie intrà-utérine. Cette ouverture n'est donc aussi qu'un trou de conjugaison dont la persistance après la naissance donne presque toujours lieu à l'affection morbide désignée sous le nom de maladie bleue, maladie contre laquelle l'art ne peut rien, parce que l'art ne saurait entreprendre la staphyloraphie ou la formation du trou de Botal.

Vous dirai-je que l'ouverture buccale, que l'ouverture des paupières, que celle de l'anus et du vagin, résultent toutes, et toutes sans exception, de l'adossement de deux muscles elliptiques qui, rapprochés et unis, donnent naissance à ces perforations naturelles ? Qui de vous l'ignore ? Quel est le livre d'anatomie qui n'explique de cette manière leur formation ? Mais ce que ne disent pas les livres, quoique la nature le montre d'une manière tout aussi évidente, c'est que l'ouverture pupillaire de l'iris est le résultat des deux moitiés de cercles artériels qui se joignent et se confondent. Ce que taisent les livres, c'est que l'ouverture aponévrotique du diaphragme qui livre passage à la veine-cave inférieure, est formée par la jonction sur le centre des deux moitiés dont se forme primitivement ce muscle ; c'est que ces ouvertures, qui traversent l'œsophage en avant, et l'aorte en arrière, sont le résultat du croisement en forme d'X que forment les piliers du diaphragme sur le devant de la colonne vertébrale ; c'est que pas une artère, pas une veine, pas un nerf ne traverse les os ou les couches musculaires sans qu'aussitôt son cintre aponévrotique ne forme au-dessus de lui une arcade qui le protège. Cette loi de formation est

générale, et son but physiologique est commun à tous les systèmes organiques.

Or, quelques-uns de ces systèmes organiques ouverts ainsi en dehors à la naissance, forment chez l'embryon des espèces de membranes séreuses fermées dans toute leur étendue.

Si la portion qui correspond à l'ouverture persiste au delà du terme qui lui est assigné dans l'ordre des développemens, l'ouverture reste close, et l'art est appelé pour remédier à cet arrêt des formations organiques. C'est ce qui arrive assez fréquemment à la terminaison du canal alimentaire, à la membrane qui tapisse la chambre de l'œil, à l'ouverture qui donne issue en dehors aux organes génito-urinaires.

Dans tous ces cas, les enfans naissent imperforés, et pour assurer l'exercice de la vie extrà-utérine, nous pratiquons à l'œil, au rectum et au vagin, des issues artificielles. Mais, si dans leur origine, ces maladies sont du même ordre vous remarquerez que nos indications ou nos moyens curatifs, bien que différens en apparence, sont analogues dans la réalité. Vous remarquerez que faire une paupière artificielle, suppléer à l'imperforation de l'anus ou du vagin, c'est, au fond, pratiquer une seule et même opération dont le procédé seulement varie, comme varient la disposition et les rapports des parties sur lesquelles agissent nos instrumens. Vous remarquerez enfin qu'en dernière analyse la science et l'art ne sont que des applications de l'anatomie généralisées. C'est un axiome que je voudrais graver dans votre esprit aussi profondément qu'il l'est dans toutes les pages de la médecine et de la chirurgie, quand l'anatomie est comprise comme elle l'est dans la nature, et comme je m'efforce de vous la présenter dans ces leçons.

N° 12. — 28 JANVIER.

ECOLE ANATOMIQUE DES HOPITAUX.

Cours d'anatomie générale; par M. SERRES.

(Quatrième et cinquième leçons.)

Lois de perforation et de canalisation du système osseux et des autres organismes; corrollaires qui s'en déduisent pour la pathologie générale et les maladies congénitales.

(Suite du numéro précédent.)

Quant à ce qui concerne la formation des canaux, je pourrais donc dire qu'un canal n'étant qu'un trou prolongé, leur règle de développement peut se déduire à priori de celle de perforation. Mais cette manière de prouver ce qui est par ce qui doit être, ne convient pas en anatomie générale, où il n'y a de vrai que ce qui est démontré. Suivez-moi, et à l'aide de ces préparations, j'espère vous convaincre que des canaux ne sont également que des conduits de conjugaison résultant, comme les trous, de l'adossement de deux muscles ou de plusieurs parties analogues.

Je choisis pour type le canal nasal, qui sert en quelque sorte de passage des trous aux canaux. Comme pour les trous de conjugaison vertébraux, les anatomistes ont parfaitement reconnu que le canal nasal résulte de l'association de la partie interne de l'apophyse nasale du sus-maxillaire, de l'os unguis en dedans, et d'une languette mince du cornet nasal supérieur.

Si donc les canaux se forment de la même manière, la règle de formation des canaux ne serait autre chose que la répétition de ce mécanisme, comme la loi de perforation n'est que l'imitation du développement des trous de conjugaison. C'est en effet cette répétition que l'on observe chez l'embryon humain pour le canal vidien, pour le canal carotidien, pour le canal des os longs, pour le canal qui forme l'aqueduc de Fallope, pour les trois canaux demi-circulaires de l'oreille interne, si compliquées en apparence et si simples en réalité dans leur mode de développement.

« Que des pièces osseuses, que de fractionnemens dans les os pour former ces trous, ces canaux, disait Bender, disciple de Haller, à l'époque où Haller délaissait l'épigénèse pour adopter l'idée des préexistences? n'est-il pas plus simple d'adopter l'idée que toutes ces parties préexistent, que toutes se forment au même moment et d'un seul jet, comme le pensait Hippocrate? Dans quel dédale de travaux se jette la physiologie, si elle veut ainsi rendre raison des organismes et de leur action? — N'est-il pas plus simple, disait-on à Galilée, de supposer la terre immobile, et de laisser comme par le passé le soleil tourner tout autour? Dans quel dédale jetez-vous la physique générale et l'astronomie, s'il vous faut calculer et combiner la marche des orbites et de tous les astres? »

Pas plus que les astronomes, ces raisons n'ont arrêté les anatomistes, et les travaux d'Albinus, de Bertin, de Sempfs, de Meckel, Béclard et les nôtres, ont fait justice depuis longtemps pour le système osseux, des impossibilités qui arrêtaient Bender.

Si pour la composition des os, tant de pièces, tant d'élémens distincts sont indispensables, et néanmoins si, malgré ce morcellement, tous ces élémens, toutes ces pièces arrivent à leur destination sans se choquer dans leur évolution, vous concevez comment seront plus simples les formations des organismes beaucoup moins fractionnés. Vous concevez comment et pourquoi le système osseux sert de point de départ et à nos leçons et à l'exposition des lois de développement de l'homme et des animaux.

Pour la formation du canal vertébral, une pile de vingt-quatre vertèbres existe chez l'adulte, et chez l'embryon huit pièces au moins constituent chaque anneau vertébral. Pour former au contraire, le canal central de la moelle épinière, il n'est besoin que de deux lames nerveuses primitives, lesquelles s'engrènent d'abord en avant et forment la suture encore visible chez le vieillard. Plus tard, ces deux lames se courbent en arrière et s'unissent comme en avant, en laissant toutefoi

un sillon plus marqué. Ce mécanisme est la reproduction fidèle de la formation du canal intestinal, si bien décrit par Wolf. Comme dans ce dernier organe, une cavité d'autant plus large que l'embryon est plus jeune règne dans son centre. Ce canal est rempli d'un liquide clair qui, se distinguant quelquefois à sa naissance, produit la maladie désignée sous le nom d'hydro-myélite ; maladie dont on trouve des exemples à divers degrés dans les écrits de Charles Etienne, Colombo, Piccolomini, Bauhin, Bartholin, Valsalva, Morgagni, Haller et Portal.

Il en est du canal de l'urètre comme de l'intestin, comme du canal de la moelle épinière, comme de tous les canaux ; mais je le choisis pour dernier exemple par la raison que dans ses évolutions vous allez voir se produire l'hermaphrodisme chez l'homme, ainsi que les diverses variétés de l'hypospadias.

Quand le bassin est ouvert chez le jeune embryon, le canal de l'urètre est fendu dans toute sa longueur, et les deux moitiés du pénis et du clitoris sont écartées l'une de l'autre ; la ligne médiane du périnée est ouverte dans toute son étendue. Ces deux moitiés des organes génito-urinaires marchant l'une vers l'autre, se réunissent au moment où se manifeste la symphyse du pubis. Leur réunion s'opère en premier lieu par la face supérieure ; puis en deuxième lieu par la face inférieure. Avant cette réunion il n'y a véritablement chez l'homme ni filles, ni garçons, tous les embryons se ressemblent.

La réunion opérée, les deux branches du clitoris et de la verge font au haut du bassin une saillie si prononcée, qu'à cette époque, c'est-à-dire du quarantième au cinquantième jour, tous les embryons paraissent être des garçons. Puis, quand la fente du périnée se rétrécit, quand les deux moitiés du canal de l'urètre se rapprochent pour se confondre, on prendrait tous les embryons pour des filles. Ce second déguisement se manifeste vers la fin du deuxième mois.

Vous voyez donc comment il se fait que primitivement il n'y a ni filles, ni garçons, et que plus tard il n'y a en apparence que des garçons et plus tard encore que des filles, ce qui fait que les deux simulent l'hermaphrodisme chacun à leur tour.

Or, que les formations s'arrêtent à l'une ou à l'autre de ces périodes, vous voyez encore comment une fille peut venir au monde en simulant les organes d'un garçon, et comment aussi un garçon peut conserver jusqu'à la naissance le déguisement d'une fille. C'est à cela, et à cela uniquement, que se réduisent les divers hermaphrodites.

Les divers hypospadias reconnaissent la même cause : à l'époque où le canal de l'urêtre est fendu dans toute sa ligne inférieure, tous les garçons sont affectés naturellement d'hypospadias. Cette fente se forme par les progrès du développement. Mais encore une fois, si ces développemens sont suspendus dans leur marche, il reste à la naissance une ouverture qui constitue l'hypospadias morbide. Or, cette ouverture ou cette non réunion peut être placée ou immédiatement au-dessous du gland, ou au milieu de la verge, ou tout à fait à la racine ; et de là naissent, comme vous le voyez, toutes les variétés de cette maladie dont nos livres de pathologie renferment un si grand nombre d'exemples.

N° 13. — 30 JANVIER.

HOTEL-DIEU.

M. CHOMEL professeur.

Tumeur cancéreuse de l'abdomen ; diagnostic ; traitement palliatif.

Au n° 35 de la salle Sainte-Madeleine, est couché un homme de 60 ans, d'une constitution détériorée, ayant exercé jadis une profession honorable et réduit par suite de revers de fortune, à la condition d'homme de peine. Il a été autrefois sujet à la goutte ; il a fait longtemps des excès de boissons alcooliques ; il buvait régulièrement six à huit litres de vin par jour et une certaine quantité d'eau-de-vie.

Depuis deux ou trois ans ses digestions sont pénibles ; il rend journellement soit à jeûne, soit après ses repas, des flots d'un liquide filant, transparent, qu'il désigne par le nom de *pituite*. Il éprouve en outre, fréquemment des renvois acides : il a dépéri progressivement.

Il présente aujourd'hui ce teint jaune-paille qui accompagne les lésions organiques de l'abdomen ; ses chairs sont molles et flasques ; le tissu cellulaire sous-cutané est œdématié ; les vomissemens de matières visqueuses, filantes, sont très-fréquens ; les rapports acides ont toujours lieu : il est survenu depuis deux jours de la diarrhée.

En pratiquant l'exploration de l'abdomen, on trouve que toute la moitié inférieure est souple, et ne présente aucune douleur sous la main qui la presse ; mais dans la moitié supérieure, le palper fait reconnaître une tumeur rémittente qui occupe l'épigastre et les deux hypocondres, et s'étend de haut en bas jusqu'à l'ombilic où on la circonscrit assez difficilement. Cette tumeur occupe une étendue de sept à huit pouces de droite à gauche, et de trois pouces environ de haut en bas. La pression est douloureuse dans toute la partie qu'occupe la tumeur ; cette douleur existe aussi sans pression, elle s'exaspère par l'ingestion des alimens.

Quel est le siége de cette tumeur ? Est-elle bornée à l'estomac ? Tout porte à croire que ce viscère participe à l'affection dont le malade est atteint : mais il n'est pas présumable que l'estomac seul est affecté. Dans les squirrhes, les cancers de cet organe, la tumeur n'est point aussi étendue ; elle dépasse rarement le volume d'un œuf. Si les matières rejetées par le vomissement offraient cette teinte brunâtre, si caractéristique dans les affections cancéreuses de l'estomac, il n'y aurait plus de doute. Cependant le trouble des fonctions gastriques, le siége de la tumeur à l'épigastre et les deux hypocondres ne permettent pas de douter que l'estomac

ne participe à la dégénérescence squirrheuse qui affecte aussi probablement le foie, l'épiploon, et que des adhérences anormales n'unissent les principaux viscères qui occupent la partie supérieure de l'abdomen.

Quant à la diarrhée qui existe depuis deux jours, elle peut n'être qu'accidentelle; si elle devenait permanente, nous aurions quelques motifs de croire que le canal intestinal est aussi le siége de quelque grave altération. S'il reste quelques légers doutes sur le siége de la lésion, il n'en existe par sur sa nature. L'ensemble des causes, de la marche des accidens, les symptômes généraux qu'on observe actuellement ne permettent pas de révoquer en doute l'existence d'une lésion de nature squirrheuse ou cancéreuse. Aussi le pronostic est-il des plus graves. Une telle affection nous paraît devoir être inévitablement mortelle.

Quant aux agens thérapeutiques à employer en pareil cas, ils sont extrêmement bornés. Le traitement ne saurait être que palliatif. Calmer les souffrances du malade, soutenir ses forces par une alimentation bien ménagée, relever le moral, telles sont les indications qui se présentent.

A raison des rapports acides qui tourmentent sans cesse le malade, on l'a soumis à l'usage de l'eau de Vichy, qui est légèrement alcaline; le lait et le bouillon sont les seuls alimens qu'il puisse supporter et dont on lui permette l'usage; on emploie les préparations d'opium pour calmer les douleurs dont l'abdomen est le siége. M. Chomel ne pense pas que les cautères et les moxas que quelques auteurs ont préconisés contre de semblables affections, jouissent de quelque efficacité : les employer ce serait augmenter, en pure perte, les souffrances du malade.

Quelle est la cause à laquelle il faut attribuer le développement de cette lésion organique? Il y a quelques années, on n'aurait pas hésité à la rapporter exclusivement aux excès de boissons alcooliques auxquels cet homme s'est livré pendant longtemps. On a rangé, dans tous les livres, l'abus des liqueurs alcooliques au nombre des causes des affections cancéreuses de l'estomac; mais cette affection, comme beaucoup d'autres, nous paraît dénuée de fondement. Combien d'hommes ne voyons-nous pas chaque jour dans le service de la clinique, qui se sont livrés aux mêmes excès et qui n'ont point éprouvé de semblable affection. On avait dit aussi que c'est surtout chez les filles publiques que se manifestait le cancer de l'utérus. Des recherches récentes ont prouvé que le carcinôme utérin n'était pas plus commun chez les femmes qui abusent des plaisirs vénériens, que chez celles qui mènent une vie des plus régulières.

Chez le malade en question, de vifs chagrins paraissent avoir eu quelque part à la production de la maladie; mais il faut toujours admettre une prédisposition sans laquelle toutes les causes occasionnelles seraient restés sans effet.

Affection typhoïde; symptômes généraux très-prononcés; symptômes locaux à peu près nuls; expectation.

Au n° 15 de la même salle, est couché un garçon de 16 ans, constitution grêle, teint chlorotique, qui a éprouvé, il y a sept ou huit ans, ce qu'il appelle une maladie de langueur. Il habite Paris depuis trois mois, et pendant son séjour dans cette ville, il a éprouvé de la diarrhée à plusieurs reprises. Il y a huit jours qu'il a été pris de céphalalgie, de douleurs contusives dans les membres, et de fièvre; il a été contraint de se mettre au lit et d'observer la diète.

Aujourd'hui, decubitus dorsal, céphalalgie, étourdissemens dans les stations, altération profonde de la contractilité musculaire, qui permet à peine au malade de se soutenir sur ses jambes; face exprimant l'accablement et la stupeur; réponses par oui et par non; insomnie; langue poisseuse; appétit nul, soif vive; pas d'autre trouble notable des fonctions digestives. Ventre souple et indolent dans tous les points; selles demi-liquides et quotidiennes. Fièvre intense; chaleur et sécheresse de la peau; 110 pulsations.

Il y a quinze ans, le diagnostic d'une semblable affection aurait offert beaucoup d'obscurité. Si, en effet, nous nous reportons sur les symptômes et que nous cherchions à en déterminer le point de départ, nous ne le trouverons pas assurément dans une phlegmasie encéphalique : car le délire, les convulsions, le coma ou la paralysie, qui caractérisent les affections de l'encéphale, manquent complètement. Du côté de la poitrine, rien de remarquable; pas de toux, pas de râle sibilant; résultats négatifs fournis par l'auscultation et la percussion. Faut-il admettre une phlegmasie de l'abomen? Mais l'absence de douleur avec ou pas de pression, l'absence de diarrhée ne permettent pas de nous arrêter à cette idée. Il existe néanmoins chez le malade, un mouvement fébrile intense qui dure depuis trois jours. Or, comme de toutes les lésions aignës accompagnées de fièvres, celles des plaques de Peyer se montre plus fréquemment que tout autre sans symptômes locaux, il est naturel de soupçonner une affection de ce genre chez un malade qui présente d'ailleurs les conditions d'âge et de séjour à Paris, au milieu desquelles la fièvre typhoïde prend naissance.

Dans la plupart des cas de fièvre typhoïde, nous faisons pratiquer une saignée dans les dix premiers jours; mais l'état de chlorose et d'anémie que présente ce malade, contre-indique l'emploi de ce moyen. Des boissons acidules, des cataplasmes et des lavemens émolliens seront les seuls moyens employés, à moins qu'il ne survienne quelque nouvelle indication.

Affection typhoïde avec prédominance des symptômes locaux.

Un garçon de 19 ans, couché au n° 20, habitant, comme le précédent, Paris depuis trois mois, éprouvait, depuis huit jours, de la fièvre, des douleurs ab-

dominales et de la diarrhée quand il a été admis à la clinique.

Face animée ; réponses ordinaires, céphalalgie assez intense ; brisement des forces ; langue rouge, paraissant dépouillée par plaques de son épithelium ; douleur de tout l'abdomen, vive principalement dans les régions ombilicale et iléo-cœcale ; six à huit évacuations liquides dans les 24 heures ; 92 pulsations : tel est l'ensemble des symptômes qu'il présente.

Chez ce malade, les symptômes nerveux sont beaucoup moins prononcés que chez celui qui fait le sujet de l'observation précédente ; ce sont surtout les symptômes abdominaux qui prédominent. On a pratiqué une saignée de 12 onces, et on a prescrit les mêmes boissons et les mêmes topiques qu'au malade couché au n° 15.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Dixième leçon, 20 janvier.)

Nous avons dit que la disposition des parois des diverses cavités viscérales diffère beaucoup; celles de l'abdomen peuvent se laisser distendre considérablement ou revenir sur elles-mêmes, selon la disposition des viscères qu'elles renferment. Celles de la poitrine présentent ces conditions à un bien moindre degré. Quand on employait la compression dans le cancer de la poitrine, j'ai observé que la tumeur s'affaissait, mais assez souvent elle faisait saillie dans l'intérieur.

L'affaissement des parois du crâne ne s'observe que chez les enfans et dans certains cas chez les vieillards. Vous avez ici le crâne d'une femme de 85 ans, dont les os sont réduits à l'épaisseur d'une feuille de parchemin. Les os disparaissent quelquefois entièrement, et il se forme au centre des os plats des espèces de fontanelles.

Vous avez vu que l'âge est une des causes qui fait le plus varier le système nerveux.

Le rachis de cette même femme, qui était fort décrépite, et très-courbé ; il y a un intervalle entre la dure-mère, qui est affaissée sur le cerveau, et les os. La dure-mère a trop d'étendue pour le cerveau. Il y avait une grande quantité de liquide entre l'arachnoïde et la dure-mère ; il en est de même pour les membranes du cervelet.

Voici encore une pièce ; c'est le cadavre d'un chien sur lequel nous avons injecté lundi du prussiate de potasse. Nous avons versé derrière l'occipital de l'eau chargée d'encre; par les effets des mouvemens respiratoires, elle a pénétré dans le crâne jusqu'à la partie inférieure du canal vertébral.

Le liquide a encore un autre genre d'utilité ; vous savez combien de nerfs partent de la moelle épinière ; si vous les examinez à leur naissance, vous voyez les racines former des espèces de faisceaux ; il n'en est pas ainsi pendant la vie. Chacun des filamens qui forment les nerfs du cerveau ou les racines des nerfs rachidiens, est suspendu et isolé dans le liquide ; de là une influence du liquide sur l'action nerveuse, qui est modifiée si vous le soustrayez. Il en est de même dans l'excavation ou ganglion de la cinquième paire ; un amas de liquide en isole les filamens et même les diverses parties, et si vous l'ouvrez vous trouvez les vides remplis par le liquide.

Un autre de ses usages est d'adoucir les frottemens que le cerveau et la moelle peuvent éprouver dans les mouvemens. Le cerveau se meut dans la respiration, et sans la présence du liquide ces mouvemens ne sauraient avoir lieu. Quand nous baissons, nous relevons, nous tournons la tête, il s'effectue un déplacement de la moelle tel, qu'avec un stylet vous n'atteignez pas la même partie, et que vous ne touchez quelquefois qu'à un quart ou un tiers de pouce de distance.

A l'occasion du liquide je n'exposerai pas ici les conjectures des anciens anatomistes; les mots de soupapes, de canaux, d'aqueducs, suffisent pour nous convaincre qu'ils en avaient reconnu l'existence.

Je n'insisterai guère que sur une opinion de Sœmmering. Cet anatomiste n'était pas précisément fixé sur la qualité et la quantité du liquide ; il en faisait même une vapeur, et en ajoutant que c'est en ce point qu'on arrive au sensorium commune, il ne dit pas, mais il laisse entendre qu'en lui serait le siége de l'âme.

Quant à nous, nous n'avons pas une semblable opinion. Les fonctions du liquide sont matérielles et physiques ; nous n'avons jamais vu en lui ni vapeur, ni être spirituel.

Les anciens pensaient que le liquide de l'intérieur du cerveau coulait à l'extérieur (rhumes du cerveau). Cela peut arriver d'abord par suite d'une blessure. Un cas de ce genre a été observé à la suite d'une fracture de la base du crâne. Rien ne s'oppose à ce que le liquide passe à travers la lame criblée de l'ethmoïde, non pas par un canal mais par imbibition des membranes. On pourrait faire des expériences, et je ne doute pas que le liquide de la cavité sous-arachnoïdienne à la base du crâne ne traversât ainsi les membranes et les os. L'infundibulum serait-il un moyen de transmission? il y a des veines très-visibles qui vont du corps pituitaire au sinus carotidien. Ces faits sont à vérifier.

Ce liquide joue un grand rôle dans toutes les maladies, et pourtant l'histoire n'en a été faite nulle part ; il y a même des ouvrages récens où on le place dans l'arachnoïde parce qu'on le croyait dans une cavité séreuse.

Toutes les fois que le liquide augmente et que le cerveau ne diminue pas, la pression détermine des troubles de fonctions ; cette augmentation tient à une foule de causes dont l'une est l'oblitération de l'entrée du cerveau à l'extrémité du quatrième ventricule. J'ai vu pour la première fois ce fait, qui a été dessiné par M. Carswell, sur une ancienne cantatrice morte en démence à la Salpêtrière.

Une cause physique peut aussi s'opposer à la résorption, comme cela a lieu pour le liquide de l'œil ; ainsi

l'oblitération des veines de Galien et d'une partie d'un sinus, d'où amas de liquide dans les ventricules et diminution des facultés ; c'est ce que l'on voit dans les œdèmes idiosyncrasiques des jambes, dont la cause est dans les veines iliaque et crurale. Une tumeur osseuse de l'apophyse basilaire de l'occipital, en soulevant la protubérance et comprimant le quatrième ventricule par l'intermédiaire du pont, peut boucher le canal. L'idiotisme est dû quelquefois à une cause semblable. D'autres tumeurs, des tubercules, des kystes développés à la base ou dans le troisième ventricule, peuvent déterminer la compression du quatrième ventricule. Ces faits intéressans ne sont pas indiqués par les pathologistes, qui se contentent de noter la rougeur, etc.

Il peut y avoir aussi augmentation de liquide sans oblitération ; c'est ce qui a lieu dans la paralysie des aliénés, où on observe l'abolition la plus complète de toutes les facultés intellectuelles et de toutes les fonctions nerveuses ; il n'y a plus ni désirs, ni pensées, ni souffrances; restent quelques fonctions qui se font tant bien que mal ; les mouvemens sont abolis ; les membres se contracturent, et l'on voit, comme chez les faquirs de l'Inde, les ongles grandir et pénétrer dans les chairs. J'ai ouvert beaucoup de cerveaux de ces aliénés; j'indiquerai plus tard les résultats de mes observations. L'espèce de lésion présentée par ces individus est une véritable atrophie avec une augmentation de liquide, non que le cerveau soit moins volumineux, mais une partie de sa substance disparaît et est remplacée par une poche contenant du liquide. Cet état est fort grave, et on ne peut en guérir que dans le premier degré, qui se manifeste par une légère difficulté à lever un membre. Cette observation suffit pour annoncer qu'un aliéné commence à entrer en paralysie. Une légère difficulté dans la parole l'indique également. C'est M. Esquirol surtout qui, dans ces derniers temps, a éclairé ce point de la science.

Passons à d'autres faits. Chez les aliénés à vive exaltation, à démonomanie ambitieuse, des mouvemens très-rapides du sang vers la tête déterminent une congestion dans le cerveau et une grande quantité de liquide dans les cavités. La pulpe cérébrale elle-même est résorbée et remplacée par le liquide.

Dans la pneumonie, le délire est regardé comme un signe très-fâcheux au huitième jour; il tient à une lésion grave dans la circulation, et à un amas considérable de liquide dans le cerveau.

Dans la fièvre cérébrale, où il y a aussi une grande exaltation, on observe, surtout chez les enfans, une grande quantité de sérosité : il en est ainsi dans d'autres maladies. Les monstruosités ne sont, pour la plupart, que des maladies déterminées par des modifications dues au liquide.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Clinique de M. Dutrouilh.

Extirpation d'un cancer au col de l'utérus; par M. Moulinié, chirurgien en chef.

Marie Dufau, âgée de trente-neuf ans, mère de quatre enfans, était mariée en secondes noces à un homme jeune; elle a accusé avoir été exposée à des rapports qui agissaient trop énergiquement sur le sommet de l'utérus. Le 1er janvier 1835, elle fut prise tout à coup, en marchant, d'une perte de sang ; cette perte a sans cesse continué avec quelques variations. La constitution, la santé, éprouvant de profondes atteintes, la malade est entrée à l'hôpital le 5 novembre, et a été placée dans le service de clinique du professeur Dutrouilh.

Divers symptômes indiquaient une lésion de l'utérus, que l'exploration a bientôt confirmée. Une consultation, où MM. les docteurs Rey, Chaumet, Péreyra, Moulinié, Bourges, Mabit, Leymonnerie et Dutrouilh ont successivement développé leur opinion, a eu pour résultat de statuer l'existence d'un énorme cancer hématode fixé au col de l'utérus, et de sanctionner l'extirpation en cas d'inefficacité de quelques moyens préalablement indiqués.

M. Dutrouilh ayant reconnu l'indispensabilité de l'opération, a invité M. Moulinié, en sa qualité de chirurgien en chef, à l'exécuter.

Le 3 décembre cette opération fut exécutée de la manière suivante : la malade, convenablement placée, de longues pinces de Museux dirigées sur le doigt indicateur gauche, parvinrent au sommet de l'utérus, où les quatre crochets furent implantés ; des tractions lentes et continues furent faites alors pour entraîner en bas l'organe affecté.

Une quadruple érigne coudée, due à l'obligeance de M. Bulliard, médecin en chef de l'hôpital militaire, présent à l'opération, fut appliquée par-dessus les pinces de Museux, afin d'avoir un nouveau moyen de traction et de préhension.

Sans amener complétement au dehors le col utérin, lorsqu'il fut parvenu au niveau de la symphyse pubienne, l'opérateur, faisant tenir les pinces par des aides, conduisit, à la faveur du doigt indicateur gauche, un bistouri droit boutonné tenu par la main droite, et retrancha d'un premier coup la plus grande masse de la tumeur; une portion du tissu morbide existant au côté gauche, fut ensuite atteint et réséqué : le doigt reconnut alors une plaie évasée à bords fort inégaux.

Un écoulement assez considérable de sang ayant lieu, des injections d'eau vinaigrée furent faites sur le champ, et la malade fut replacée dans son lit.

La paroi recto-vaginale était extraordinairement mince, et pendant un instant l'opérateur craignait la perforation du plan antérieur de cette cloison, mais heureusement une telle lésion n'existait pas.

La femme, immédiatement après l'opération, s'est

trouvée dans un état satisfaisant; elle n'a accusé aucune douleur, elle n'a éprouvé aucun accident.

M. Moulinié se proposait d'attaquer par le caustique les portions fongueuses qui pouvaient rester, et une recherche scrupuleuse a été fait pour établir l'opportunité de cette opération accessoire; le doigt trouvait bien une appendice inégale, à gauche du sommet de l'utérus; mais le spéculum ne faisait voir qu'une plaie transversale : la cautérisation a été rejetée.

Dès l'opération, la malade a cessé d'éprouver les symptômes habituels; elle ne s'est plainte de la moindre douleur; l'écoulement sanguin perpétuel auquel elle était sujette a cessé d'avoir lieu; quelques mucosités blanchâtres seulement s'écoulaient.

Le 10 janvier a eu lieu le retour du flux menstruel, qui a duré trois jours, et qui, depuis l'origine de la maladie, ne s'était pas caractérisé. N'éprouvant pas la plus petite incommodité, jouissant d'une parfaite santé, Marie Dufau a demandé, le 17 janvier, à sortir de l'hôpital. (*Bull. méd. de Bord.*)

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

JANVIER 1836.

N° 1. — 2 JANVIER.

Mémoire sur les fausses membranes de l'arachnoïde cérébrale, d'après des observations recueillies dans la division des aliénés de l'hospice de Bicêtre (service de M. Ferrus), par F. LÉLUT.

Le nombre des observations que j'ai recueillies sur ce sujet aurait été beaucoup trop considérable pour les reproduire toutes dans ce mémoire; j'ai donc dû me borner à retracer les plus importantes, en prenant soin même, pour plus de brièveté, de retrancher tous les détails d'autopsie qui n'étaient point relatifs aux altérations du système nerveux.

PREMIERE PARTIE.

OBSERVATIONS. — *Chorée chronique, méningite aiguë avec fausse membrane fibrino-albumineuse dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.*

OBS. I. — Le nommé Dubocq, âgé de 48 ans, profession de jardinier, fut admis dans la division des aliénés le 25 août 1824, et placé dans la section des aliénés incurables le 4 juin 1825.

Sa raison était très-faible, très-excitable, son irascibilité très-grande. La parole était fort difficile et presque incompréhensible. Il était surtout atteint d'une chorée extrêmement intense, et qui datait de plusieurs années; les mouvemens convulsifs étaient continuels, tout à fait irréguliers, et avaient lieu dans toutes les parties du corps. La tête tournait continuellement sur les épaules. Dubocq portait avec beaucoup de difficulté les alimens à sa bouche, et je l'ai vu mettre plus d'une demi-heure à recevoir d'une borne-fontaine un ou deux verres d'eau. Toujours un nouveau mouvement convulsif le faisait jeter ce que contenait le vase qu'il avait à la main.

Dubocq, malgré sa chorée, tenta une fois d'escalader, pour se sauver, une muraille assez élevée, il se laissa tomber dans cette tentative, et il en résulta une plaie avec ecchymose très-considérable à chaque jambe.

Le 4 juillet 1827, Dubocq, qui n'était pas, à proprement parler, aliéné, fut placé provisoirement dans une des divisions d'indigens de l'hospice; il y resta deux ans.

Le 12 octobre 1829, on le ramena dans la division des aliénés dans l'état suivant : les mouvemens convulsifs sont très-forts; il faut fixer le malade sur son lit par le gilet de force; l'agitation est très-grande; le délire est général; la sensibilité très-diminuée; il y a état fébrile très-prononcé, surtout du côté de la tête.

(Vingt-cinq sangsues derrière les oreilles; boissons délayantes; diète.)

Cet état de fièvre, de délire, de convulsions plus intenses, se continue les jours suivans.

Le 19 octobre, décubitus sur le dos; résolution des membres; froid de toute la peau qui est légèrement moite; paupières fermées; pas un seul mouvement convulsif; insensibilité complète. La peau de la face est marbrée de rouge et de jaune; le pouls est insensible aux artères des membres; les mouvemens du cœur sont faibles et rapides. Le côté gauche de la poitrine est sensiblement plus mat que le côté droit, antérieurement et postérieurement. La respiration est précipitée, mais pas stertoreuse. Pas de toux, pas d'expectoration. Les parois de l'abdomen sont contractées, mais le ventre n'est pas sensible à la pression. Pas d'évacuations alvines.

(Sinapismes aux genoux; vésicatoires aux cuisses; potion avec l'éther sulfurique; lavement de camphre et d'assa-fœtida.)

Mort à une heure de l'après-midi.

Nécropsie le 20, à 2 heures.

Système nerveux. Quatre à cinq onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux. Beaucoup de ce liquide dans les mailles de la pie-mère.

Sur la convexité des hémisphères cérébraux existe une fausse membrane d'apparence séreuse, sans organisation apparente, située dans la cavité de l'arachnoïde et sur son feuillet externe. Le feuillet interne de cette dernière membrane n'est presque pas épaissi. Injection médiocre des membranes, qui ne sont pas adhérentes au cerveau et s'enlèvent avec une très-grande facilité.

Cerveau très-ferme, dur, résistant, criant presque sous le scalpel; circonvolutions antérieures et postérieures surtout très-ratatinées; substance grise extrêmement pâle et exsangue; la blanche est très-injectée, sablée, et marbrée de rouge.

Trois ou quatre petits points, gros comme une pointe d'épingle, sur les éminences quadrijumelles antérieu-

res. Ces points sont d'un blanc mat, discrets, assez adhérens ; je les crois pseudo membraneux. Ces quatre éminences sont du reste très-saines.

Cervelet très-ferme, même à sa surface.

Moelle alongée, moelle épinière très-ferme. Partout la substance grise est pâle et exsangue.

Démence et paralysie générale avec fausse membrane fibrino-albumineuse et non organisée, dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. II. — Kéravalle, âgé de 41 ans, ouvrier bottier, fut admis dans la division des aliénés le 12 mai 1826.

C'était un ouvrier fort laborieux, père d'une nombreuse famille, gagnant à peine de quoi la soutenir, et s'imposant même pour elle de grandes privations. Le chagrin continuel que cela lui occasionnait, et, à ce qu'il paraît, la mauvaise conduite de sa femme, ont fini par lui altérer la raison.

A son arrivée, son délire était très-bruyant, et n'avait pas d'objet bien caractérisé; cependant le nom de sa femme y entrait quelquefois, et jamais en bien. On fut obligé de le maintenir par la camisole, non qu'il fût violent, mais pour l'empêcher de courir nu. Il fut pris d'une diarrhée abondante qui le mit dans un grand état de dépérissement, et d'un érythème du pied gauche dû à l'action du soleil, auquel il allait s'exposer dès qu'il avait un instant de liberté.

Depuis le commencement du mois d'août son état s'est amélioré ; la diarrhée a cessé ; les plaies du pied, qui l'exaspérait continuellement soit en marchant, soit en enlevant ses linges à pansement, sont en partie cicatrisées. Il est moins bruyant, mais la raison ne lui est guère revenue.

Le 20 août, il va beaucoup mieux ; il n'est plus ni bruyant, ni mutin ; on n'est plus obligé de le maintenir par la camisole.

Décembre. Depuis quatre mois son état mental ne s'est nullement amélioré ; ses idées sont sans aucune suite. M. Ferrus essaie sans succès des dérivations sur le canal intestinal par des pilules purgatives, sur la peau par des vésicatoires.

Le 4 janvier 1827, cautérisation à la nuque avec le cautère nummulaire. Le malade voit avec joie ou au moins avec indifférence les apprêts de cette opération. La cautérisation a lieu à deux reprises ; quand elle est faite, il me serre la main pour me remercier.

Le 5 janvier, il me renouvelle ses serremens de mains, et ne se plaint d'aucune douleur au cou. Un peu d'exaltation dans la physionomie.

Le 6 janvier, même état d'agitation, de désordre, de bruit, qui se continue les jours suivans, malgré la suppuration abondante que commence à donner la cautérisation du cou. Souvent Kéravalle reste couché, ou bien il se lève et reste nu dans sa loge. Pendant tout le mois de janvier et celui de février, il n'y a aucune amélioration ; au contraire, l'agitation devient quelquefois de la violence.

Vers le mois de mars il se fait un peu de mieux, et l'on conçoit quelque espérance. La sensibilité morale se réveille, et Kéravalle parle de sa femme en pleurant tout en se plaignant d'elle. Il se lève, se promène, mange de bon appétit, reste vêtu, est moins sale, parle avec quelque suite, quoique d'une manière encore bien singulière.

Cet état, après avoir éprouvé pendant les mois d'avril et de mai quelques alternatives de mieux et de pire, ne se soutient pas. Vers le mois d'août Kéravalle redevient sale et bruyant ; il marche ployé en avant, ramassant toutes sortes d'ordures qu'il dit vouloir vendre. L'attention est de plus en plus diminuée; la physionomie de plus en plus étrange et hébêtée.

Cet état ne faisant qu'empirer, Kéravalle est placé dans la section des aliénés incurables, le 20 octobre 1827. Voici quel y a été son état.

Les sensations sont moins vives qu'à l'ordinaire, ou le cerveau les met en œuvre avec moins d'activité. Ainsi, la plupart du temps, Kéravalle prend peu de part à ce qui se fait autour de lui, et sa physionomie exprime bien cet état d'indifférence. Il va, vient sans motif apparent; il marche légèrement courbé, recueillant toutes sortes d'ordures et surtout des chiffons, de petits morceaux de bois ; sa marche ne me semble pas notablement lente; les jambes ne tremblent pas, et encore bien moins les membres thoraciques. Il y a quelquefois un peu de lenteur, de difficulté dans l'articulation de certains mots ou de certaines syllabes. Il est impossible d'entrer en conversation avec Kéravalle; ce n'est pas qu'il ne réponde parfois juste à quelques questions, mais le plus souvent il n'y répond pas ou y répond de travers. Ordinairement il parle seul, prononce quelques mots, quelques lambeaux de phrase sans suite, qu'il termine en élevant fortement et brusquement la voix, de manière à imiter un peu le grognement d'un cochon. Quelquefois il crie ainsi pendant longtemps. Je l'ai entendu à différentes reprises, plusieurs nuits de suite, parler ou crier toute la nuit, et j'ai la certitude que ces nuits-là il n'a pas dormi un seul instant.

J'ai vu de temps en temps Kéravalle présenter un état d'exacerbation très-notable; sa face était d'un rouge pourpre ; ses jugulaires se gonflaient ; il s'agitait, devenait injurieux, querelleur, violent ; il frappait, et l'on était obligé de le maintenir par le gilet de force.

Vers la fin de 1828, Kéravalle, chez qui jusque-là les excrétions s'étaient faites naturellement, commença à ne plus les retenir, et l'on fut obligé de le vêtir d'une robe de toile. La faiblesse, la lenteur des mouvemens augmentèrent, sans que pourtant il y eût précisement un commencement de paralysie générale. Jamais la moindre idée ambitieuse ne se montra à travers toutes les idées incohérentes qui se succédaient dans le délire de Kéravalle.

Le 17 mai 1829, Kéravalle est amené à l'infirmerie de la division. Le dos de la main est érythémateux par suite d'une insolation prolongée. On diagnostique en outre une phlegmasie de la membrane muqueuse digestive, et spécialement de celle du gros intestin. La démence n'est pas telle que Kéravalle n'apprécie un peu

son état, n'en rende compte en répondant à quelques questions.

Les mains ne tardent pas à guérir, et l'amélioration générale est assez grande pour que Kéravalle sorte de l'infirmerie le 11 juin.

Il y rentre le 18 du même mois. Le dévoiement est considérable et continuel; les traits de la face sont altérés; il y a de la toux. Kéravalle se plaint d'une violente douleur dans la région frontale.

Ces symptômes persistent et s'aggravent, et la mort a lieu le 23 juin, à quatre heures du soir, cinq jours après l'entrée du malade à l'infirmerie.

Nécropsie le 25, à 9 heures.

Le temps a été très-chaud et très-orageux la veille.

Système nerveux. Le cerveau ne remplit pas d'une manière très-exacte la cavité de la dure-mère; celle de l'arachnoïde contient au plus 2 à trois onces de sérosité légèrement roussâtre. Chaque ventricule latéral en renferme 2 à 3 gros. Il s'en écoule une ou 2 onces de la cavité du rachis. Les mailles de la pie-mère en contiennent une quantité considérable sur la face convexe des hémisphères cérébraux.

La cavité de l'arachnoïde renferme une fausse membrane qui s'étend seulement sur la convexité et la pointe des deux lobes antérieurs. Cette fausse membrane, de l'épaisseur du feuillet cérébral de l'arachnoïde, est blanche, molle, transparente sans aucune trace d'organisation. Je ne vois pas qu'elle adhère d'une manière notable à aucun point de la face interne de l'arachnoïde.

Les deux feuillets de cette dernière membrane sont adhérens l'un à l'autre le long de la grande faulx cérébrale, sur des granulations du feuillet interne. A cet endroit, ce dernier feuillet est épaissi, opaque; ses gros troncs veineux, ceux surtout qui sont voisins de la faulx, sont gorgés de sang. En général ce feuillet me semble plus résistant qu'il ne l'est ordinairement. La pie-mère est médiocrement injectée; cette membrane adhère d'une manière intime à presque toutes les circonvolutions de la convexité des lobes moyens et antérieurs, à la pointe des lobes moyens, et à presque toutes les circonvolutions de la partie inférieure des lobes antérieurs. Elle n'adhère qu'à quelques circonvolutions de la face supérieure des lobes postérieurs. Avec elle s'élèvent en cet endroit des pellicules fort minces de substance corticale d'un blanc jaunâtre, sans cohésion, ayant sous ce rapport beaucoup d'analogie avec la pulpe du fruit cuit.

La partie crânienne de l'encéphale est généralement fort molle dans toutes ses parties; mais cette mollesse est beaucoup plus marquée dans les parties blanches centrales telles que les pédoncules cérébraux, le corps calleux, la voûte à trois piliers, le *septum*, la bandelette des cornes d'ammon, la surface des couches optiques et de toutes les parois des ventricules latéraux. En ces divers points la substance blanche est comme diffluente, et la chute d'un léger filet d'eau la déchire et la rend floconneuse.

Aux endroits où la substance grise extérieure est restée intacte, sa teinte est en général d'une jaune pâle comme dans la majorité des cas, si ce n'est pourtant à la pointe des lobes moyens, et à quelques circonvolutions de la moitié antérieure de la convexité des hémisphères cérébraux et de la base des lobes antérieurs, où elle est rose et offre de petits groupes de très-petits points d'un rouge plus foncé aux endroits où avaient lieu les adhérences; la surface de la substance grise est granulée et a moins de cohésion qu'ailleurs. Quand on incise la substance corticale et qu'on examine toute son épaisseur, on voit pourtant qu'elle est plus rose, plus injectée surtout dans sa couche profonde que dans la majorité des cas. Cette injection, cette rougeur se retrouvent, et à un bien plus haut degré, à la partie inférieure et antérieure des corps striés, dans la substance grise de la protubérance annulaire, et surtout dans celle des pédoncules cérébraux. Dans chacun de ces derniers organes, on rencontre des agglomérations de points rouges qui ne sont qu'une infiltration de sang dans leur substance.

Démence et paralysie générale avec fausse membrane fibrino-albumineuse et non organisée, dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. III.— Chantrelle, âgé de 39 ans, marchand de sangsues, fut admis dans la division des aliénés, le 8 avril 1829.

Constitution assez forte; teint brun: caractère original, jugement naturellement mauvais.

Bonne éducation.

Epistaxis très-fréquent dans l'enfance, à cet âge encore, coqueluche très-violente. Dans un âge plus avancé, pas de maladies vénériennes.

D'abord état d'aisance. En 1823, pertes d'argent considérables. A cette époque, déjà léger dérangement d'esprit.

Le 14 janvier 1829, Chantrelle qui, depuis plusieurs mois, recommençait à donner des signes d'aliénation mentale, et mis à Sainte-Pélagie, pour une lettre de change de deux cents francs qu'il ne peut pas acquitter. Voici comment un journal du temps parle de son état dans cette prison.

« Le nom de sa femme, celui de son créancier, se présentaient à chaque instant dans ses plaintes. Dans ses accès, il se disait l'inventeur d'un ballon qui allait éclairer l'Europe sur les vrais intérêts des prisonniers. Toutes ses divagations avaient rapport à la contrainte par corps. Errant librement dans les corridors, il promettait à chacun une prompte liberté: il montrait des papiers timbrés, qu'il regardait comme valeurs ayant cours, et en les distribuant à ses compagnons d'infortune, il leur disait: c'est le roi, c'est monseigneur le duc d'Angoulême, monseigneur le duc Decazes, qui me chargent de payer vos dettes. Il offrait à tous ceux qu'il croyait délivrer une place dans son ballon

saluait les autres et s'éloignait en riant stupidement.

» Après le dernier accès de Chantrelle, sa séparation des autres prisonniers devenait indispensable. Toutes les démarches faites par M. le docteur Gaillard pour attendrir son créancier étant inutiles, le malheureux a été conduit à l'infirmerie qui est commune aux condamnés en police correctionnelle et aux prisonniers pour dettes. »

Chantrelle fut transféré de Sainte-Pélagie à Bicêtre dans l'état suivant.

Le 9 avril, état de manie des plus caractérisés; l'exercice des sens est entier; l'incohérence des idées est très-grande. Deux idées cependant reviennent plus souvent et dominent; la crainte des persécutions et la croyance en de grandes richesses, ou en des dignités fort élevées. Chantrelle demande des habits brodés en or, des voitures, etc. Il parle de ses opérations commerciales, de ses richesses, etc., distribue des places à ceux qui l'entourent. Il pleure, rit, chante, crie avec une facilité extrême, et la plupart du temps sans motifs appréciables. Son agitation est très-grande, il va, vient, veut sortir, demande sa liberté. La face est peu rouge; la chaleur du front peu élevée. Les conjonctives ne sont point injectées; il n'y a pas d'accélération sensibles dans la circulation. Peut-être y a-t-il un léger embarras dans la parole; mais Chantrelle à l'air de grasseyer naturellement.

Cet état persiste et s'aggrave, malgré les bains, les évacuations sanguines, les évacuans; à mesure que croît son intensité, la face devient brune, les traits s'altèrent; elle s'injecte, ainsi que les conjonctives. Les paupières devient chassieuses; la langue rougit à ses bords et à sa pointe; les tégumens du cou et de la face s'injectent et rougissent fortement; les sensations s'émoussent et s'altèrent. Je ne doute pas qu'il n'y ait des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Chantrelle regarde fixement le soleil, sans paraître souffrir. Ses idées ambitieuses persistent. Il croit, de plus en plus, à des persécutions dirigées contre lui. Il devient violent, emporté, furieux. Il faut le contenir par le gilet de force. Sa saleté est extrême; il déchire ses couchages; ses mouvemens sont brusques, rapides. Je n'aperçois pas de tremblement dans les membres; mais le grasseyement me semble augmenter, la difficulté dans l'articulation des sons devenir plus grande. L'afflux du sang vers la tête est de plus en plus considérable. Les globes oculaires sont brillans; les conjonctives injectées.

Le 10 juin, un érysipèle de la face se déclare. Il s'accompagne au bout de deux jours d'un gonflement de la parotide gauche. Des sangsues sont appliquées derrière l'apophyse mastoïde de ce côté. Chantrelle, toujours fortement agité, est maintenu par le gilet de force. La face est très-altérée; l'articulation des sons est lente et difficile. Le commencement de la paralysie générale est de plus en plus évident. Toux; expectoration; gêne de la respiration.

Du 15 au 17 juin, l'érysipèle diminue ainsi que le gonflement de la parotide gauche. La face s'altère de plus en plus. La parole devient de plus en plus difficile. Agitation toujours très-grande. Grincemens des dents.

Du 19 au 20, l'érysipèle et le gonflement parotidien ont tout à fait disparu.

Le 20, dans la matinée, somnolence, râle. Mort à une heure de l'après-midi.

Nécroscopie le 21, *à une heure.*

Système nerveux. Le cerveau ne remplit pas à beaucoup près la cavité de l'arachnoïde, et avant de l'ouvrir, l'œil perçoit la fluctuation d'un liquide sous cette membrane; elle contient six à huit onces, au moins, de sérosité citrine transparente; chaque ventricule latéral en contient certainement plus d'une once. Il s'en écoule plusieurs onces par l'orifice crânien du canal vertébral.

Les mailles de la pie-mère, sur la convexité des hémisphères, en contiennent plusieurs gros.

La partie antérieure de la grande cavité de l'arachnoïde contient une fausse membrane qui met les deux feuillets en rapport, bien qu'elle soit presque libre sur l'un et sur l'autre; elle occupe et recouvre la convexité des deux lobes antérieurs, du droit surtout, les fosses orbitaires droite et gauche, et la fosse temporale droite. Cette fausse membrane est transparente, d'un blanc brillant: elle n'offre ni taches rouges, ni vaisseaux; elle est plus épaisse que le feuillet cérébral de l'arachnoïde à l'état normal. Son épaisseur est peu considérable à droite. Sa consistance est un peu moindre que celle du feuillet cérébral de l'arachnoïde dans l'état normal.

Le feuillet cérébral de l'arachnoïde me semble généralement plus épais, plus résistant, plus opaque que dans la majorité des cas. Il présente ces caractères spécialement à la base du crâne, derrière l'entrecroissement des nerfs optiques, sur la convexité des hémisphères cérébraux. Il adhère à lui-même en plusieurs points, et notamment à la partie plus élevée de la grande fente de Bichat, dans la scissure de Sylvius, à la partie antérieure de la grande scissure cérébrale, au-dessous et en avant du corps calleux. Le long du trajet des grosses veines, son opacité, sa blancheur, sont plus grandes que partout ailleurs.

La pie-mère est fort injectée, et cette injection lui donne une rougeur très-marquée; en plusieurs points et surtout dans le fond des anfractuosités, le sang est combiné ou infiltré dans les mailles de son tissu.

Cette membrane adhère en plusieurs points aux circonvolutions cérébrales; ces adhérences ont lieu presque exclusivement aux faces inférieure et supérieure des lobes antérieurs et surtout du gauche. Elles y sont très-nombreuses, tandis qu'il y en a fort peu sur les lobes moyens et postérieurs. En enlevant la pie-mère on emporte avec elle des plaques minces, granulées par leur face externe, de substance corticale d'un gris jaunâtre qui a perdu de sa cohésion. Aux endroits où avaient lieu ces adhérences, l'extérieur des circonvolutions est

comme écorché; il est rouge, saignant, granulé, et laisse suinter des gouttelettes sanguines. L'extérieur du cerveau a généralement une teinte plus rose qu'à l'ordinaire; mais cette teinte est surtout marquée sur les circonvolutions où avaient lieu les adhérences, bien qu'elle le soit autant sur certaines circonvolutions auxquelles la pie-mère n'adhérait pas. A cette teinte ne participe point la couche superficielle de la substance corticale. Elle présente, quoiqu'à un moindre degré, les caractères des pellicules de substance grise qui s'enlevaient avec la pie-mère. Ce n'est qu'au-dessous de cette couche que le reste de la substance corticale a une teinte rose, quelquefois presque violette, due évidemment à une forte injection ou à la combinaison du sang avec elle. Cette teinte plus ou moins rouge est surtout marquée dans la partie profonde de la substance corticale, dans celle qui est voisine de la substance blanche.

Abolition sénile de la pensée et des mouvemens.— Couche comme pseudo-membraneuse de sang dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. IV. — Le nommé Bruyas, âgé de 72 ans, profession de rubanier, fut admis dans la division des aliénés le 8 juin 1831.

Il était dans un état complet de démence sénile. La marche et la station étaient tout à fait impossibles, le séjour au lit continuel : les sensations et la raison étaient à peu près complétement abolies ; la mort eut lieu le 13 août suivant, à 5 heures du matin.

Nécropsie, le 14 à la même heure.

Système nerveux. Les os du crâne ont trois à quatre lignes d'épaisseur à la voûte.

Il y a quatre ou cinq onces de sérosité dans les mailles de la pie-mère et dans les ventricules latéraux.

Sur la convexité des lobes moyen et postérieur droits, la cavité de l'arachnoïde contient une nappe de sang noir qui a la consistance d'une fausse membrane, et qui ne présente, du reste, ni traces d'organisation, ni adhérences avec la membrane dans l'intérieur de laquelle elle se trouve. Je ne vois pas par quel point, plutôt que par tel autre, cet épanchement a pu se faire.

Le cerveau est revenu sur lui-même, et ne remplit pas à beaucoup près, en totalité, la cavité de la dure-mère. Il est d'une mollesse remarquable. Les membranes le quittent avec la plus grande facilité. Des vaisseaux de sa base sont convertis en petits cylindres cartilagineux ou calcaires, jusque dans leurs troisièmes ou quatrièmes ramifications.

Toute la face inférieure de chaque lobe postérieur est amincie, verte, en partie détruite, et tombant en *deliquium*. Elle est véritablement putréfiée, et l'on voit que cette putréfaction a eu lieu des deux côtés et surtout à droite, autour d'un ramollissement jaune. Les cornes d'Ammon, la pointe des lobes moyens, la partie antérieure du cervelet, la protubérance annulaire, participent à la teinte verte et à la putréfaction.

Le plafond du ventricule droit offre une masse arrondie, grosse comme un pois, d'un blanc nacré, dure comme du cartilage, transparente comme de la cire de bougie, homogène dans sa composition, et qui semble de l'albumine concrétée. Cette petite production fait saillie dans l'intérieur du ventricule, à la surface duquel elle est intimement adhérente.

Le plafond du ventricule gauche offre trois petites masses, absolument semblables, mais du volume seulement d'une grosse tête d'épingle.

Hémorrhagie cérébrale. — Hémiplégie. — Démence et paralysie générale. — Nappe pseudo-membraneuse de sang dans la cavité de l'arachnoïde.

Obs. V. (1) — Le nommé Gouard, âgé de 38 ans, profession d'employé au Port-aux-Vins, fut admis dans la division des aliénés le 1er avril 1831.

Taille moyenne ; tempérament lymphatico-sanguin ; constitution détériorée ; traits affaissés ; maigreur.

Crâne assez développé ; front élevé, mais étroit.

Caractère vif, emporté ; bonté ; intelligence ordinaire. Gouard n'a d'autre ressource que son travail qui suffit néanmoins à ses besoins. Il a beaucoup d'ordre et d'économie ; n'a jamais fait d'excès soit de vin, soit de femmes ; il sait lire, écrire, calculer.

Militaire à l'âge de 16 ans, il reçut une balle à la cuisse à la bataille de Waterloo. A 22 ans il obtint son congé.

Il n'a jamais eu d'autres maladies que des douleurs rhumatismales dans les bras et dans les jambes, traitées avec succès par les saignées générales et locales.

En juin 1830, il est frappé d'une hémorrhagie cérébrale, suivie d'hémiplégie, d'embarras dans les mouvemens de la langue, de bégaiement, etc. ; diminution de la raison, perte de la mémoire. (Séton à la nuque qui ne produit aucune amélioration.) Gouard, à cette époque, perd sa place et en est vivement affecté.

En janvier 1831, trouble général de la raison, tristesse, abattement ; puis idées ambitieuses. Gouard parle de millions qui lui appartiennent ; il brise sa vaisselle, en jette les morceaux par la fenêtre, en disant que c'est de l'argent. (Bains, saignées générales, sangsues à l'anus ; aucun amendement.)

Conduit à Charenton, il y reste deux mois, puis est amené à Bicêtre dans l'état suivant :

Sensibilité notablement diminuée dans tout le côté droit du corps. La prononciation est très-difficile. Les jambes sont faibles et tremblantes comme dans la paralysie générale. État mental voisin de la démence ; le malade qui est très-faible, parle peu, et il est difficile de savoir s'il est halluciné. Il déraisonne sur tous les sujets et n'a pas la moindre suite dans les idées.

Son sommeil est très-agité. Le pouls est lent et peu développé. L'appétit très-actif ; les digestions bonnes.

---

(1) Recueillie par mon ami M. Etoc, actuellement médecin de l'asile des aliénés du Mans.

Le 21 avril, le malade fait une chute sur la tête; la peau qui entoure l'orbite et les paupières sont contuses, violacées, énormement tuméfiées; la conjonctive très-rouge. (30 sangsues derrière l'oreille droite.)

Le 30 avril, l'ecchymose a complétement disparu. La paralysie générale augmente. Il y a beaucoup de maigreur et de dépérissement.

Le 6 mai, mort assez brusque et sans agonie.

Nécropsie 26 heures après la mort.

Système nerveux. Crâne mince se brisant facilement; dure-mère fortement tendue. Sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde on aperçoit au-dessous d'elle une espèce de fausse membrane, formée de sang rouge à demi-coagulé, qui recouvre la convexité des deux hémisphères. Dans son épaisseur il n'y a ni stries, ni filamens que l'on puisse regarder comme des vaisseaux de nouvelle formation. En la râclant avec le dos du scalpel, on la détache facilement de l'arachnoïde à laquelle elle paraît être seulement superposée.

Le feuillet interne de celle-ci est opaque, épaissi, surtout le long de la faulx cérébrale; confondu avec la pie-mère, il adhère à la substance corticale, dont on ne peut le détacher sans entraîner avec elle le sommet des circonvolutions. Il y a environ trois cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux.

Entre la couche optique et le corps strié du côté droit, existe un kyste, traversé par des filamens membraneux, à peu près circulaire, et qui pourrait contenir une noisette. La substance cérébrale qui l'entoure est molle, jaunâtre et pointillée de rouge.

Rien que de naturel dans le cervelet.

Démence et paralysie générale, avec fausse membrane en partie sanguine, en partie, fibrino-albumineuse, dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. VI. — Le nommé Desplacer, âgé de 45 ans, profession de charretier, fut admis dans la division des aliénés, le 19 janvier 1829, et placé dans la section des aliénés incurables, le 16 avril suivant.

Il présentait dès l'époque de son admission un état de démence et de paralysie générale commençante, dont l'invasion paraissait se rattacher à des chagrins domestiques. Cet état fit des progrès continuels marqués par les caractères suivans :

Abolition de plus en plus complète de l'intelligence et des mouvemens; air d'insensibilité extrêmement marqué à toutes les excitations venues du dehors. Pâleur habituelle et même teinte jaune de la peau. Pas de délire; ambitieux, sensible, pas de convulsions épileptiformes.

Au commencement de novembre se manifeste un scorbut fort intense. Desplacer prend le lit, pour ne plus plus le quitter. Plusieurs escarres ont lieu dans les différens endroits où les membres appuient. Ophthalmie à gauche; dévoiement considérable. Mort le 16 novembre, à trois heures du soir.

Nécroscopie le 17, à 11 heures.

Système nerveux. Le feuillet extérieur de l'arachnoïde est tapissé sur sa face interne d'une fausse membrane très-mince, qui semble composée de lambeaux en connexion les uns avec les autres, plutôt que continue. Cette fausse membrane n'est point organisée; elle est très-friable. Elle me semble être une nappe de sang qui a commencé dans la moitié de ses points à se convertir en une couche gélatineuse; analogue à de la colle de poisson fondue.

Quatre à cinq onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde; infiltration séreuse considérable de la partie supérieure de la pie-mère, ce qui donne à cette membrane un aspect véritablement gélatiniforme. Nulle adhérence de cette enveloppe au cerveau; presque pas d'injection de ces vaisseaux.

Le cerveau ne remplit pas, à beaucoup près, toute la cavité du crâne : il est évidemment revenu sur lui-même, très-lourd, très-dense, criant sous le scalpel qui le coupe. Toutes les circonvolutions en sont petites, bosselées, ratatinées ou revenues sur elle-même, et cela manifestement aux dépens de la substance corticale qui antérieurement et supérieurement surtout n'a pas plus d'un quart à une demi-ligne d'épaisseur. Elle est pourtant plus foncée en couleur en dedans qu'en dehors, et dans plusieurs circonvolutions de la pointe des lobes postérieurs; ses trois zônes sont très-marquées, surtout la blanche qui est intermédiaire aux deux autres.

La substance grise est du reste partout pâle, exsangue. Elle l'est notablement dans les couches optiques. La blanche est exsangue aussi, très-dure, d'un blanc de lait très-mat.

La corne d'Ammon droite est sensiblement plus dure que la gauche.

Les nerfs cérébraux, à leur origine, sont très-petits; les bulbes olfactifs aussi. Tout est petit ou rapetissé dans ce cerveau.

Le cervelet est extrêmement dur; ses membranes n'adhérent pas à sa surface. Ses deux substances sont pâles et exsangues, mais elles ont leur épaisseur naturelle. On voit [illegible] bien la substance jaune de Sœmmering; la surface [illegible] n'est pas molle.

La moelle alongée est très-dure, exsangue. La moelle épinière aussi : elle est en outre notablement petite.

Démence et paralysie générale avec fausse membrane, en partie albumineuse, en partie sanguine, dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. VII. — Le nommé Daley, âgé de 63 ans, fut admis dans la division des aliénés le 9 avril 1831, et placé dans la section des aliénés incurables le 27 mai suivant. A cette époque la démence et la paralysie générale étaient déjà fort avancées; mais dans les derniers temps de la vie la marche devint tout à fait impossible, et l'embarras de la parole extrême, ce qui

n'empêchait pas Daley de babiller continuellement et très-haut. La mort eut lieu le 30 janvier 1832.

Nécroscopie.

Peu de sérosité sous-arachnoïdienne; adhérences rares des méninges à la surface du cerveau qui est revenu sur lui-même; les substances cérébrales sont injectées; l'arachnoïde et la pie-mère le sont peu. Il y a des granulations dans le quatrième ventricule.

Dans toute l'étendue de la cavité de chaque côté de l'arachnoïde existe une fausse membrane sanguine, en partie déjà fibrineuse, très-étendue et en forme de nappe, et s'enlevant avec facilité.

Hémorrhagie cérébrale; hémiplégie; abolition graduelle de l'intelligence et surtout des mouvemens; fausse membrane en partie sanguine, en partie fibrino-albumineuse, avec un commencement d'organisation dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. VIII. — Le nommé Philipot, âgé de 63 ans, profession de garçon boulanger, fut admis dans la division des aliénés, le 18 décembre 1828.

Il avait été atteint, plusieurs années auparavant, d'une attaque d'apoplexie, qui fut suivie d'hémiplégie à gauche. La paralysie persista dans le membre thoracique de ce côté et les doigts en sont restés contracturés.

Depuis quelque temps Philippot ne quitte pas le lit; son intelligence est très-lente, mais elle n'est point pervertie; les réponses aux questions sont lentes, difficiles, mais justes. Philippot pleure pour la moindre cause ou sans cause appréciable. Il peut à peine se mouvoir dans son lit. Sa vie est purement végétative. Cet état est resté le même pendant huit mois passés. La respiration s'est un peu embarrassée aux approches de la mort, qui a eu lieu le 28 août 1829, à une heure de l'après-midi.

Nécroscopie le 29, à 11 heures.

La grande cavité de l'arachnoïde renferme plusieurs onces de sérosité; les ventricules latéraux en contiennent chacun plusieurs gros; les mailles de la pie-mère sont infiltrées, sur la convexité des hémisphères, d'une assez grande quantité de ce liquide, ce qui donne à cette membrane un aspect gélatineux et tremblotant. Les vaisseaux en sont peu injectés. Le feuillet cérébral de l'arachnoïde est assez épais, mais n'est point opaque. Son feuillet interne, sur la convexité de l'hémisphère gauche, est tapissé d'une fausse membrane qui contient de gros sacs de sang et, en outre, des réunions de stries, ou d'aigrettes vasculaires extrêmement ténues. Cette fausse membrane est assez résistante; elle est d'un blanc très-légèrement jaunâtre, et transparente.

La pie-mère n'adhère à aucun point de la substance cérébrale.

Tous les vaisseaux du cerveau, depuis ceux de la base du crâne jusqu'aux ramifications les plus ténues des vaisseaux que contient la substance blanche, sont en partie ou en totalité ossifiés, ou plutôt sont convertis en petits cylindres cartilagineux ou calcaires.

Les circonvolutions de la convexité des hémisphères, surtout celle de l'hémisphère gauche, offrent une teinte jaune que n'ont point les autres circonvolutions cérébrales. En certains points de ces circonvolutions jaunes, on remarque des taches violettes dues évidemment à la combinaison du sang avec la substance grise de l'encéphale. Généralement parlant, la couche la plus interne de la substance corticale a une teinte plus rose que dans la majorité des cas. La substance cérébrale blanche ou grise des circonvolutions et du corps des hémisphères présente de nombreux points d'endurcissement et de ramollissement jaune. Les corps striés en contiennent plusieurs; ces altérations sont plus nombreuses à droite qu'à gauche.

Démence et paralysie générale, avec fausse membrane d'apparence gélatino-sanguine dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. IX. — Le nommé Caron, âgé de 47 ans, marié, profession de fondeur en cuivre, entra dans la division des aliénés, le 21 février 1829, dans un état de démence aiguë et de paralysie générale qu'on ne tarda pas à juger incurable. Sa physionomie annonçait que déjà il prenait moins de part à ce qui se passait autour de lui; que les sensations étaient moins vives; que le cerveau les mettaient moins bien en œuvre, et avec beaucoup plus de lenteur. La langue se mouvait avec difficulté; l'articulation des sons n'était plus nette, et beaucoup de mots n'étaient prononcés qu'à demi ou en partie. Carron faisait cependant de violens efforts pour parler ou pour crier, et ces efforts allèrent en augmentant jusqu'au terme de la vie. Aussi, pendant qu'il parlait on voyait son cou se gonfler, les veines jugulaires externes se distendre énormément, sa face s'injecter. En général, il y avait de la lenteur dans les mouvemens, marquée surtout dans ceux des membres pelviens, la marche était brusque, saccadée; les jambes semblaient se mouvoir par des ressorts; le *délire maniaque* offrait une grande incohérence. Cependant le caractère en était manifestement ambitieux. Carron parlait continuellement de ce qu'il allait faire, et c'était toujours des actions gigantesques ou extravagantes; de ce qu'il était, et ses prétendues dignités étaient toujours de l'ordre le plus élevé : ainsi, il allait faire évacuer toute la division des aliénés pour la remplir de ses troupes. Le roi, son père, était aux Tuileries, et lui, Carron, ne tarderait pas à aller y prendre sa place. Il se plaignait souvent de ne pas être traité comme il le méritait, et pleurait pour les causes les plus légères ou sans causes appréciables. Quelquefois, mais plus rarement, il riait de même. Mais une disposition remarquable en lui, c'est qu'à cette question : *Comment vous portez-vous?* il répondait toujours sans exception : *Bien toujours bien, toujours de mieux en mieux.* Et cela, dans un état pathologique qui annonçait une désorganisation profonde

de l'encéphale, et des lésions graves dans quelques autres organes. Il faisait encore cette réponse la veille de sa mort.

Si le délire de paroles était grand, le délire d'action ne l'était pas moins. Carron courait partout et continuellement, souvent sans motifs que lui-même pût alléguer. Il prenait tout ce qui lui tombait sous la main, ouvrait les armoires, se saisissait des vivres, des effets de ses camarades, et c'est ainsi qu'il s'est fait donner plusieurs coups assez violens sur la face et sur la partie antérieure du crâne. Quatre jours avant sa mort, il reçut un semblable coup avec plaie contuse sur le nez et la partie inférieure du front, et roula du haut de plusieurs marches d'un escalier.

Carron était d'une grande saleté. A plusieurs reprises il a eu une diarrhée assez forte qui s'est accompagnée d'autres signes d'une irritation du gros intestin. Il a presque continuellement toussé, et ses crachats, quand on pouvait les voir, étaient gris et épais.

Indépendamment de l'altération des traits de la face, que j'ai notée, les tégumens de cette partie étaient jaunes. Les paupières étaient souvent chassieuses, les conjonctives injectées. J'ai souvent vu la langue rouge, sèche et comme vernissée. La circulation a plusieurs fois offert de l'accélération.

Carron ne m'a jamais offert ni grincemens de dents, ni attaques épileptiformes, ni mouvemens convulsifs d'aucune espèce.

Aucun des moyens thérapeutiques employés n'a arrêté, n'a diminué même la marche des diverses lésions organiques dont Carron était atteint, et spécialement des lésions cérébrales. Les moyens ont été les saignées, surtout les saignées locales, les bains, les délayans, les exutoires; on n'a pas donné les narcotiques.

Jusqu'au 18 juin, Carron s'était levé, avait marché au moins de temps à autre, bien que de temps en temps ont ait été obligé de le maintenir sur son lit par le corset, qu'il portait du reste toujours quand il était levé. Mais depuis le 18 juin, jour de sa dernière chute, il n'a plus quitté le lit : le dévoiement a été considérable jusqu'au 23 du même mois, jour de sa mort.

Nécroscopie le 24, à 9 heures du matin.

Système nerveux. Le cerveau ne remplit pas, à beaucoup près, toute la cavité de la dure-mère. Le cadavre étant placé sur le dos, et la tête dans une position élevée, on sent, avant l'incision de cette membrane, une fluctuation appréciable même à l'œil, qui correspond aux lobes cérébraux antérieurs. Après l'incision de la dure-mère, on voit sur la convexité de ces lobes, saillir une membrane, en apparence roussâtre, au-dessous de laquelle flotte un liquide. Lorsqu'on a déjeté, à droite et à gauche, les lambeaux de la dure-mère, on voit que ce liquide siégeait, au moins antérieurement, exclusivement sous une fausse membrane étendue sur les deux côtés du cerveau, s'attachant au feuillet extérieur de l'arachnoïde à l'union des lobes antérieurs avec les lobes moyens, et d'autre part tapissant les fosses orbitaires et temporales, et se déterminant insensiblement à la partie antérieure de la face du cervelet. Cette fausse membrane siége donc dans la cavité de l'arachnoïde, et c'est entre elle plutôt le feuillet cérébral de cette dernière membrane qu'était contenu le liquide sus-mentionné. Cette pseudo membrane a au moins l'épaisseur d'une feuille de parchemin; sa consistance, sans être aussi considérable que celle du feuillet cérébral de l'arachnoïde, est pourtant assez grande. On peut la tendre avec des épingles sur un plateau de liége. Elle ressemble un peu à une couche mince de colle de poisson fondue. Son fond est, en effet, blanc, transparent, et sur ce fond se dessinent des taches, ou de traînées rouges. Les taches sont de petits sacs de sang, irréguliers, contenus dans l'épaisseur et entre deux lames de la fausse-membrane. Les traînées sont de même nature; seulement l'espèce de dédoublement de la pseudo-membrane s'y approche davantage de la forme d'un canal. Il y a même de ces traînées qui sont tout à fait analogues à des grosses veines noueuses. De ces réservoirs, de ces canaux contenant du sang, les uns sont tout à fait isolés, les autres communiquent entre-eux. Mais aucun d'eux, même parmi les plus voisins des bords de la fausse-membrane, ne s'ouvre dans une des veines de l'arachnoïde. Seulement, de la pointe de chaque lobe antérieur, deux ou trois veines considérables se détachent, on ne peut plus manifestement, du feuillet cérébral de l'arachnoïde, et se joignent à la fausse-membrane à laquelle elles adhèrent de la manière la plus intime par de petits grains pseudo-membraneux. En tirant sur la fausse-membrane, on voit que chacune de ces veines parcourt, pour y arriver, un trajet de 7 à 8 lignes : elle s'y arrête, s'y perd, se confond avec elle, et je ne vois point qu'elle ait dû, après y avoir adhéré, se continuer avec une autre veine du feuillet cérébral de l'arachnoïde que j'aurais brisé par mégarde. En pressant sur le tronc de chacune de ces veines, dans ce feuillet, je fais venir le sang jusqu'à l'endroit où la veine adhère à la fausse-membrane; mais il ne va pas au delà, et il n'existe aucune communication entre les vaisseaux veineux de l'arachnoïde et les canaux qui ont commencé à se creuser, ou, mieux, à se resserrer, à s'arrondir dans le tissu de la fausse-membrane, tissu qui primitivement n'était, je crois, qu'un amas de sang, mêlé à plus ou moins de sérosité.

Le liquide contenu dans la cavité de l'arachnoïde était roussâtre, avant que le sang d'aucun vaisseau eût pu s'y mêler. Sa quantité peut s'évaluer à 5 ou 6 onces. Les ventricules latéraux contiennent aussi chacun plusieurs gros de sérosité. Il s'en écoule une ou deux onces du canal rachidien. Les mailles de la pie-mère n'en contiennent pas une quantité appréciable.

Les feuillet cérébral de l'arachnoïde offre quelques points épaissis et opaques sur les lobes antérieurs, et surtout à la base du crâne. C'est aux mêmes points que la pie-mère est injectée, et adhère de la manière la plus intime à un grand nombre de circonvolutions. Quand on l'en détache, on enlève une couche assez épaisse de substance corticale d'un gris rosé, sans cohésion, et ana-

logue, sous ce rapport, à la pulpe de certaines poires cuites.

La partie crânienne de l'encéphale, dépouillée de ses membranes, est généralement très-molle. Les pédoncules cérébraux, le corps calleux, le septum lucidum, la voûte à trois piliers, se déchire avec la plus grande facilité. Il semble que ces parties, et quelques autres parties blanches voisines, soient infiltrées de sérosité.

La substance grise a généralement perdu de sa cohésion. Aux endroits où sa couche la plus superficielle n'a pas été enlevée par la pie-mère adhérente, on peut détacher, en râclant, une légère couche ou pellicule blanche, transparente, au-dessous de laquelle le reste de la substance corticale est d'un rose plus ou moins foncé, et marbré de taches rouges. Ces caractères se retrouvent surtout aux endroits où avaient lieu les adhérences, et spécialement à la base du cerveau, à la partie antérieure de la grande scissure cérébrale, au dessous et en avant du corps calleux. La substance grise des cornes d'Ammon, des couches optiques et surtout des corps striés, est rose et d'une plus grande mollesse. Rien de plus facile que d'enlever, de la surface des corps striés, une pellicule plus blanche et surtout plus résistante que le reste de ces organes. Il n'y a pas de granulations dans les ventricules latéraux, ni dans le troisième ventricule.

Au milieu de la face inférieure du lobe moyen droit, une circonvolution présente à sa surface une teinte vert-pré mêlé de jaune sale et de rose. Elle est plus molle que les circonvolutions voisines. Les teintes que je viens de signaler à sa surface se retrouvent dans le reste de l'épaisseur de sa substance corticale. On y rencontre encore des noyaux plus durs, qui n'ont cependant point l'apparence de tubercules. C'est comme de l'induration rouge, mêlée à une infiltration de pus concret. Au voisinage de cette altération, la substance blanche qui forme la paroi inférieure et extérieure du plancher du ventricule latéral droit est molle et comme diffluente. La corne d'Ammon et la bandelette demi-circulaire du même côté sont dans le même état.

J'ai dit quelle était la mollesse des parties blanches centrales. Les pédoncules cérébraux sont aussi très-mous. Ils sont, en outre, comme infiltrés d'un très-grand nombre de petits points rouges, disposés en plusieurs amas. La substance blanche des hémisphères cérébraux est molle, injectée, sablée de points rouges, et parcourue de marbrures d'un violet léger, évidemment plus marquées et plus rapprochées vers la base de l'encéphale.

Les membranes du cervelet n'offrent rien de plus remarquable. Cet organe est plus ferme que le cerveau; sa substance grise me semble plus rose; et la blanche plus injectée que dans ce dernier. La surface du quatrième ventricule offre une dureté remarquable; elle est parsemée de granulations assez grosses.

Sur le dernier quart de la moelle épinière, le feuillet médullaire de l'arachnoïde présente un certain nombre de plaques calcaires, petites et minces, qui siégent dans son épaisseur, ou au moins sont très-adhérentes à sa face externe. La moelle est généralement un peu molle. Les deux substances n'offrent, du reste, rien de bien remarquable.

Manie chronique avec tremblement de tout le corps, et surtout des extrémités inférieures; fausse-membrane fibrino-sanguine, avec pénétration vasculaire, dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. X. — Le nommé Watin, ancien militaire, fut admis dans la division des aliénés le 16 mai 1809, à l'âge de 49 ans, et depuis fut placé dans la section des aliénés incurables. Voici le résultat de l'examen que j'y fis de lui, au mois de mai 1828.

Le genre de délire de Watin, c'est une *manie chronique*, avec *hallucinations*.

La peau a une teinte d'un jaune terreux assez marqué; le cœur, les voies respiratoires, digestives, urinaires, ne me semblent présenter rien de pathologique. Les tégumens du crâne offrent, d'ordinaire, un certain nombre de furoncles en suppuration. Il n'y a pas de lésion matérielle appréciable des *sens de l'odorat* et *du goût*. *L'œil* gauche est affecté d'une cataracte complète; le droit, d'une cataracte incomplète. Il y a *surdité* presque absolue, dont le malade se rend bien compte. Tremblement général, apparent surtout à la tête. Les extrémités inférieures se traînent, et peuvent à peine porter le malade qui ne marche qu'avec des béquilles.

L'entendement est en partie aboli, en partie perverti. L'attention est conservée, mais un peu diminuée. La mémoire est presque nulle; le jugement, le raisonnement, sont absolument faussés. Watin se plaint souvent qu'on lui déchire, qu'on lui dévore, qu'on lui enlève la tête; qu'il n'en a plus. Il dit qu'on l'empoisonne, qu'on lui met du vert-de-gris dans ses alimens; bien qu'il soit sourd, il entend les cris de ceux qui lui enlèvent la tête. Il mord ses doigts, les met autour des autres pour pousser ses vaisseaux en pleine mer. Il se croit empereur d'Espagne, roi du Piémont. Il se dit canonisé, décanonisé; il a été persécuté, assassiné sous différens noms, et pourtant il vit encore, etc., etc.

Le 30 juin 1829, Watin entre à l'infirmerie. Il y a œdème de la face, surtout au pourtour des paupières; toux, crachats, matité du côté gauche du thorax. On diagnostique une pleuro-pneumonie à gauche. L'élévation du pouls, la gêne de la respiration, font pratiquer une saignée du bras, qui est immédiatement suivie de soulagement; mais cette amélioration ne se soutient pas, et le 2 juillet on applique un vésicatoire au bras gauche. La maladie s'aggrave et la mort a lieu le 4.

Les résultats de l'examen du cadavre me portent à m'assurer, autant que cela m'est possible, que Watin, avant d'entrer à l'infirmerie, n'a pas fait de chute sur la tête.

Nécropsie, le 5 à 9 heures.

Le temps a été froid et humide depuis plusieurs jours.

Système nerveux. Le périoste de la voûte du crâne s'enlève avec facilité. La lame externe de substance compacte de cette voûte est presque entièrement dé-

truite. Le diploë se présente sous la forme de mamelons assez lisses, séparés par des excavations muqueuses et plus ou moins profondes. Plusieurs de ces excavations sont remplies par un lacis celluloso-vasculaire infiltré de sang. Sur le côté droit de la voûte, à l'endroit qui correspond à peu près à la pointe du lobe postérieur, le crâne est perforé, et cette perforation représente une sorte d'entonnoir dont la base correspondrait à l'intérieur du crâne. Le diamètre de cette perforation à l'extérieur de la voûte, est de 3 lignes à 3 lignes et demie. Son contour est mamelonné, rugueux et comme érodé. La face interne de la voûte du crâne, dans toute son étendue, offre une innombrable quantité de petites rainures qui se croisent et se confondent dans tous les sens, et dans lesquelles la lame interne de substance compacte n'existe pas. Toutes ces rainures sont rougies par du sang; aussi la face interne de la voûte du crâne laisse-t-elle sourdre une grande quantité de ce liquide.

La face externe de la dure-mère de la voûte est tapissée en totalité par une fausse membrane qui lui reste adhérente après l'ablation des os. Cette fausse membrane est très-épaisse, très-résistante, et n'offre aucune apparence de fibres. En certains endroits ce n'est presque encore qu'une masse de sang étendue en membrane et assez résistante; mais dans les autres points elle ressemble à une solution de colle de poisson fondue et refroidie en nappe, et contient une immense quantité de ramifications vasculaires d'une ténuité extrême, et de petits points rouges, discrets ou rassemblés en groupes. Cette fausse membrane est généralement assez adhérente à la dure-mère; elle y tient surtout au niveau du sinus longitudinal supérieur, sur lequel elle passe sans interruption. Quand on l'a enlevée, on aperçoit sur la dure-mère plusieurs taches d'un jaune légèrement verdâtre; ce sont de petits foyers purulens logés entre les lames et les fibres de la dure-mère, qu'ils ont écartées, et dont quelques-unes sont entourées d'un lacis celluloso-vasculaire infiltré de sang. Ces foyers sont aussi visibles à la face interne de la dure-mère; aucun d'eux ne s'ouvre dans la cavité de l'arachnoïde.

Une autre fausse membrane tapisse le feuillet méningien de l'arachnoïde du côté gauche seulement, et y reste adhérente après l'ablation du cerveau. Elle revêt aussi la partie de ce feuillet arachnoïdien qui recouvre le côté gauche de la grande faulx; mais elle ne va pas au-delà. Cette fausse membrane me semble d'une date plus récente que celle qui tapissait la face externe de la dure-mère; elle est moins épaisse qu'elle. En arrière, sur le lobe postérieur, c'est une masse de sang plutôt caillé que réuni en membrane. Partout ailleurs elle offre, à l'épaisseur près, la même apparence et une organisation aussi avancée que la fausse membrane de la dure-mère; son adhérence à l'arachnoïde est aussi moindre que celle de cette dernière à la dure-mère. Après l'avoir enlevée, je m'assure par la dissection que le feuillet méningien de l'arachnoïde existe bien sur cette dernière membrane: il y est même plus injecté que de coutume.

La grande cavité de l'arachnoïde contient environ deux onces de sérosité. Chaque ventricule latéral en renferme quelques gros. Le cerveau ballotait un peu dans la cavité de la dure-mère.

Le feuillet cérébral de l'arachnoïde, sur la concavité des hémisphères cérébraux, est plus résistant, plus épais qu'à l'ordinaire, sans être précisément opaque. Il offre le long de la grande faulx quelques granulations comme sémi-cartilagineuses.

La pie-mère, principalement sur la convexité des hémisphères, me semble un peu plus injectée que de coutume, les mailles y sont en outre infiltrées d'une petite quantité de sérosité; elle n'adhère nulle part à la surface du cerveau.

L'encéphale est généralement d'une mollesse extrême; il n'exhale aucune odeur de putréfaction. Sa mollesse est surtout très-grande aux parties blanches centrales, telles que le corps calleux, le *septum lucidum*, la voûte à trois piliers. Elle l'est beaucoup aussi aux pédoncules cérébraux, aux cornes d'Ammon, à la surface des ventricules latéraux. C'est plus que de la mollesse, c'est de la diffluence. La substance blanche y est floconneuse, et le devient encore plus par le lavage. Sur les couches optiques elle semble détruite en deux ou trois endroits, et la substance grise y est à nu.

Démence et paralysie générale. — Exostoses de la voûte du crâne. — Fausse membrane fibrineuse sacciforme dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. XI. Le nommé Dessesman, âgé de 40 ans, admis dans la division des aliénés, le 10 avril 1829, paraît avoir eu plusieurs maladies vénériennes, et avoir subi plusieurs traitemens antisyphilitiques par le mercure.

Lors de son entrée, il était déjà dans un état très-avancé de démence et de paralysie générale, avec hallucinations fugitives et passagères, idées ambitieuses très-prononcées, etc. L'exostose, située sur la bosse frontale gauche, était aussi saillante qu'elle a été trouvée à sa mort.

Le 5 mai 1829, on rendit Dessesman aux instances de sa femme. Son état n'était nullement amélioré. Il rentra le 8 juillet suivant, dans un état pire encore.

Depuis lors la démence et la paralysie générale n'ont cessé de faire des progrès, les hallucinations, les idées ambitieuses ont persisté. Je n'ai jamais vu de mouvemens convulsifs.

Dessesman, placé dans la section des aliénés incurables, le 23 janvier 1830, fut amené à l'infirmerie le 6 février suivant. La face était tirée, l'œil éteint, enfoncé dans l'orbite; les paupières rouges à leur bord. Plus de mouvemens, plus de paroles qui indiquassent des hallucinations. Dessesman se soutenait à peine sur ses jambes. La mort eut lieu au bout de 48 heures.

Nécropsie le 9 février, à 11 heures.

Système nerveux. La voûte du crâne offre trois exostoses ayant chacune la forme très-régulière d'un segment de sphère. La plus grosse est située juste sur la

bosse pariétale gauche ; elle a de diamètre à sa base, 2 pouces 3 lignes. L'épaisseur des os du crâne est, dans cet endroit, de 12 à 13 lignes.

La moyenne est située à la partie inférieure et postérieure du front, près de la tempe droite, contre le bord postérieur du frontal ; elle a de diamètre, à sa base, 21 lignes. L'épaisseur des os du crâne est en cet endroit de 2 lignes.

La plus petite est située presque à l'angle antérieur et supérieur du pariétal gauche ; le diamètre de sa base est de 10 lignes. L'épaisseur des os du crâne en cet endroit est de 6 lignes.

Sur toutes ces exostoses les tégumens et le périoste sont plus vasculaires qu'ailleurs ; dans toutes le tissu osseux et aussi plus vasculaire que dans toutes les autres parties de la voûte du crâne. A l'extérieur elles sont mamelonnées d'une manière régulière, c'est-à-dire que les mamelons sont à peu près égaux et séparés par des intervalles égaux. A l'intérieur les mamelons sont inégaux, beaucoup plus gros que ceux de l'extérieur, et leurs séparations beaucoup plus profondes et plus irrégulières.

Les deux plus grosses exostoses font, à l'intérieur du crâne, une saillie moindre de moitié que leur saillie extérieure. La plus petite n'est visible qu'à l'extérieur. Leur circonscription y est aussi beaucoup moins régulière.

Les parois du crâne ont, terme moyen, les endroits exostosés mis à part, 4 lignes d'épaisseur ; elles ne contiennent presque pas de diploë, surtout aux exostoses qui sont véritablement éburnées. La voûte orbitaire gauche a 4 lignes d'épaisseur ; la droite a 3 lignes ; cet épaississement a eu lieu aux dépens de la cavité du crâne.

La forme intérieure de cette cavité est du reste assez régulière, son grand diamètre, mesuré de la protubérance occipitale interne au trou borgne, est de 5 pouces 6 ou 7 lignes. Son plus grand diamètre transversal est de 4 pouces 9 lignes.

La dure-mère n'offre absolument rien de pathologique.

Dans toute l'étendue du côté droit de la cavité de l'arachnoïde, sur la cavité de l'hémisphère, on trouve une fausse membrane tout-à-fait continue, qui tapisse d'un côté le feuillet meningien de l'arachnoïde, de l'autre son feuillet cérébral, et est disposée ainsi de la manière la plus évidente, en forme de sac sans ouverture, représentant par conséquent celle de l'arachnoïde elle-même. A son côté interne cette fausse membrane envoie un prolongement simple ou un feuillet qui revêt le côté droit de la grande faulx, dont il a la forme et l'étendue, mais qui ne va pas au delà de son bord inférieur.

Ce sac pseudo-membraneux est composé au moins de deux couches ; la plus extérieure est lisse, unie, très-résistante, quoiqu'un peu transparente, et plutôt fibreuse que celluleuse, bien qu'elle ne présente aucune apparence de fibres. L'intérieure est rouge, molle composée d'une multitude de filets de même couleur, extrêmement ténus et entremêlés de taches rouges, irrégulières, de quelques lignes de diamètre. Cette couche est très-peu consistante, et s'enlève ou se déchire avec facilité. Sur la convexité de l'hémisphère, et en dedans, elle est séparée de l'autre et flotte dans l'intérieur du sac. Les lambeaux, en cet endroit, ressemblent à du sang que l'on aurait battu et lavé. Ailleurs la couche interne est moins molle quoiqu'elle le soit encore beaucoup.

On pourrait distinguer encore, outre ces deux couches pseudo-membraneuses, une couche intermédiaire qui les unit l'une à l'autre et qui tient à la fois de l'une et de l'autre.

La cavité de la fausse membrane contient, outre les lambeaux flottans de sa couche interne, une once ou une once et demie d'une sérosité ou plutôt d'une sanie roussâtre, dans laquelle nagent quelques flocons de la couche pseudo-membraneuse interne.

L'extérieur de cette poche pseudo-membraneuse n'est point unie au feuillet extérieur de l'arachnoïde ; il l'est, mais assez légèrement, à son feuillet cérébral à sa partie interne et antérieure, et à la portion du feuillet externe qui revêt la grande faulx. Quand on le sépare de ces divers points, on fait naître sur sa face externe et sur les lieux où ils adhéraient, une multitude innombrable de petits points sanguins disposés par groupes.

Du reste, le feuillet interne de l'arachnoïde sur l'hémisphère droit comme sur le gauche, semble à l'état le plus normal ; il est mince, transparent, sans aucune opacité qui suive le trajet des vaisseaux.

La cavité de l'arachnoïde, dans sa totalité, contient au plus une once et demie de sérosité. La pie-mère n'en renferme point dans ses mailles. Cette dernière membrane est peu injectée ; elle ne me semble adhérer à aucun point de la substance du cerveau, bien qu'en deux ou trois endroits quelques plaques superficielles s'en enlèvent avec elle. Mais ce sont de purs accidens de la dissection, et ces plaques, non plus que les endroits dont elles se sont enlevées et les parties de la pie-mère auxquelles elles sont collées, et dont elles se séparent avec la plus grande facilité, ne présentent absolument aucun caractère pathologique.

Le cerveau est manifestement petit, et plus petit dans ses lobes antérieurs que dans le reste de son étendue. Ses anfractuosités sont peu profondes ; ses circonvolutions petites, revenues sur elles-mêmes, et en certains points comme ratatinées. L'épaisseur de la substance corticale, est, terme moyen, d'une demi-ligne à une ligne.

Le cerveau est généralement ferme, même dur et pesant. Aucun point de sa substance n'a perdu de sa cohésion. Sa couleur extérieure est celle de toute l'épaisseur de sa substance corticale, celle du café au lait très-clair. Cette teinte, sur la plupart des circonvolutions de la partie externe des lobes moyen et postérieur gauche, est mêlée de taches irrégulières d'un jaune serin. Ces circonvolutions sont aussi un peu plus dures que le reste du cerveau ; elles n'offrent aucune autre espèce d'altération.

La substance grise intérieure, celle des corps striés

des couches optiques, offre une rougeur assez prononcée due à de nombreuses plaques ou marbrures de même couleur, qu'on retrouve sur toutes les surfaces de section. Ces parties n'ont pas, du reste, perdu de leur cohésion.

La substance blanche médiocrement injectée; elle n'offre point de marbrures violettes.

Les membranes et les deux substances du cervelet et de la protubérance annulaire offrent les mêmes caractères anatomiques que celles du cerveau, sauf les altérations de circonvolutions que j'ai notées dans ce dernier organe.

Démence et paralysie générale. — Fausse membrane fibrineuse sacciforme dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Obs. XII.—Colas, Suisse d'origine, ancien valet de chambre, fut admis dans la division des aliénés le 17 décembre 1830, à l'âge de 44 ans, et placé dans la section des aliénés incurables.

Sa maladie paraissait reconnaître pour cause des pertes d'argent et de la jalousie; elle avait commencé il y a deux ans, et l'avait fait placer d'abord dans une maison de santé, puis à Charenton.

Lors de l'entrée de Colas à Bicêtre, la démence était complète; il n'y avait plus de sensations. Impossibilité de se mouvoir; séjour continuel au lit; pas d'hémiplégie, pas de paralysie partielle, pas de parole. Grincemens de dents continuels, mais pas d'accès épileptiformes.

Le 6 janvier 1831, à dix heures et demie du matin, Colas ne présentait rien d'insolite. Les infirmiers le faisaient manger. Ils le voient mourir tout à coup dans leurs mains. Je ne pus m'assurer à l'instant même si la mort était due à une asphyxie par obturation de la glotte par le bol alimentaire.

Nécropsie 12 heures après la mort.

Apparence extérieure. Aucun signe de putréfaction. Belle conformation. Embonpoint.

Appareil cérébro-spinal. A l'ouverture du crâne, la dure mère a l'air d'être séparée du cerveau par une grande quantité de liquide. Quand on commence à enlever cette membrane, on en voit au-dessous d'elle une autre épaisse, d'un aspect un peu verdâtre, soulevée par un liquide, et qui n'est pas l'arachnoïde. Après l'ablation totale de la dure-mère, on reconnaît ce qui suit:

La convexité de chaque feuillet cérébral de l'arachnoïde est recouverte par une fausse membrane qui est intimement unie à celle du côté opposé, dans l'étendue d'un pouce, par son bord interne, sur la partie antérieure de la grande scissure du cerveau. Chaque fausse membrane adhère à peine au feuillet sous-jacent de l'arachnoïde, si ce n'est le long de la grande faulx. Elle descend un peu sur le côté de chaque hémisphère, mais ne va pas jusqu'à sa face inférieure. La fausse membrane gauche est plus étendue que la droite; elle est creuse et forme un sac sans ouverture, d'aspect et de consistance presque fibreuse. Ce sac, tapissé par des flocons membraneux qui paraissent formés par la fibrine du sang, est rempli par du sang liquide ou en caillots, qui semble récemment épanché. Sur ses parois internes ou sur la membrane sanguine qui les tapisse, rien n'indique positivement l'existence de vaisseaux sanguins, si ce n'est qu'on y voit des stries, des houppes, des points rouges comme dans les membranes muqueuses enflammées.

La fausse membrane du côté droit offre les mêmes caractères que celle du gauche, aux différences près que voici: Le sac est divisé en deux parties égales, une antérieure, l'autre postérieure, sans communication; leurs parois sont plus consistantes, plus fibreuses. L'épanchement de sang y paraît plus récent; on n'y trouve point de lambeaux fibrineux.

Je ne vois pas qu'aucun vaisseau du feuillet cérébral de l'arachnoïde communique avec une des deux fausses membranes. Ce feuillet est épaissi, opaque, granuleux, le long de la grande faulx; partout ailleurs il est à l'état normal et n'est pas injecté. Il s'enlève assez facilement, si ce n'est en quelques points de la face interne des hémisphères, où il semble adhérer faiblement. La pie-mère de la convexité du cerveau est infiltrée d'une quantité assez notable de sérosité. Les ventricules latéraux en contiennent plusieurs gros. Les cavités de la base du crâne en renferme aussi une à deux onces.

Le cerveau a sa consistance la plus ordinaire, il ne remplit pas, à beaucoup près, la cavité de la dure-mère. Toutes ses circonvolutions sont rapetissées, les antérieures surtout, qui sont en outre inégales et comme bosselées. A part cela, les substances encéphaliques sont à l'état normal soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

DEUXIEME PARTIE.

REMARQUES GÉNÉRALES.

I. Le développement d'une fausse membrane dans la cavité de l'arachnoïde n'est point la circonstance anatomique la plus importante de la maladie où elle se rencontre, et les observations précédentes pourraient se prêter à bien d'autres remarques que celles que suggère l'existence de la pseudo-membrane intra-arachnoïdienne chez les individus qui en font le sujet. Leur réunion sous ce rapport constitue tout simplement un point de vue de cas pathologiques très-complexes, et où l'analyse pourrait l'être également beaucoup.

Les fausses membranes arachnoïdiennes, comme les autres fausses membranes, ont cela d'abord de général, qu'elles ne se développent d'ordinaire que dans des cas où la modification morbide génératrice est ou très-aiguë, ou très-profonde; et si, dans d'autres cas, il faut joindre à cette condition un caractère de spécificité, cela ne paraît pas plus pouvoir s'appliquer aux fausses membranes de l'arachnoïde qu'à celles de la plèvre ou du péritoine.

Des maladies encéphaliques, les plus graves et les

plus profondes, certainement, sont celles où il y a lésion de la motilité; soit que cette lésion consiste dans de l'*agitation*, comme dans le délire aigu, dans des *convulsions* passagères ou permanentes, comme dans l'épilepsie ou la chorée, dans la *diminution* ou *l'abolition*, comme dans la paralysie, soit partielle, soit générale. Dans la plupart des cas précédens, on avait affaire à des aliénés proprement dit, chez lesquels le trouble de l'intelligence s'était terminé par la *paralysie générale*. Dans celui de l'individu atteint de chorée, la lésion principale et primitive était celle des mouvemens. Dans les autres une hémorrhagie, un ramollissement du cerveau, des altérations des os du crâne, avaient donné lieu aussi au trouble des *mouvemens*, et, plus tard, à celui de l'intelligence. Dans tous, l'existence de la fausse membrane coexistait donc avec l'altération de la motilité, et il en était de même dans toutes les observations de pseudo-membranes arachnoïdiennes, rapportées par MM. Rostan, Abercrombie, Bayle, Calmeil, etc.

II. Toutes ces fausses membranes siégeaient dans la cavité de l'arachnoïde comme les fausses membranes pleurales dans la cavité de la plèvre, comme les fausses membranes péritonéales dans la cavité du péritoine; et l'on ne concevrait pas qu'elles puissent siéger en dehors d'elle, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire de la pie-mère. Il n'y a pas là de place pour une fausse membrane : il ne peut s'y épancher qu'un liquide plus ou moins concret, ou plutôt d'apparence plus ou moins concrète. M. Abercrombie, qui parle souvent de fausses membranes interposées entre l'arachnoïde et la pie-mère, a donc mal vu, ou il s'est mal exprimé.

III. Tous ces produits de nouvelle formation reposaient, soit en partie, soit, et presque toujours, en totalité, sur la convexité des hémisphères, et ils en occupaient surtout la partie antérieure. Tantôt ils siégeaient sur les deux hémisphères à la fois, tantôt sur un d'eux seulement. Quelquefois ils adhéraient surtout à la face interne du feuillet externe de l'arachnoïde : le plus souvent ils étaient appliqués sur la face lisse de son feuillet interne. M. Bayle et M. Calmeil, au contraire, les ont vus recouvrir le plus ordinairement le premier de ces deux feuillets.

IV. Je m'imagine qu'on pourrait se rendre compte de la manière suivante des différences de composition des pseudo-membranes arachnoïdiennes, et de leur mode de formation.

Quand il ne s'exhale dans la cavité de l'arachnoïde que de la sérosité toute pure, il s'y forme ces fausses membranes minces, blanches, transparentes, primitivement séreuses, que j'ai comparées à une nappe de colle de poisson fondue, ou à un morceau de parchemin ramolli dans l'eau. Les fausses membranes des six premières observations sont de cette sorte : ce sera, si l'on veut, des pseudo-membranes fibrino-albumineuses. On pourra y rapporter celles qui se forment dans l'arachnitis aiguë, bien qu'elles soient plus inflammatoires et qu'elles tiennent davantage de la nature du pus, avec lequel on les a souvent confondues.

Lorsqu'au contraire c'est du sang qui s'exhale dans la cavité de l'arachnoïde, et qui s'y exhale lentement, de manière à ne pas donner lieu à une apoplexie mortelle, il arrive à ce liquide ce qui a lieu dans tous les épanchemens ou stagnations de sang imaginables, ce qui a lieu dans les concrétions polypeuses du cœur, dans le sang même extrait de la veine, dans une foule d'exhalations sanguines de la plèvre, du péritoine, de la membrane séreuse du péricarde. Cet amas ou nappe de sang change de nature, ses parties séreuse et crurique sont résorbées; sa fibrine seule reste pour s'organiser peu à peu et se convertir en un tissu de formation et de vie nouvelles. C'est ce qui paraît avoir lieu, et à des degrés de plus en plus marqués, dans les observations 6, 7, 8, 9, et 10.

Quand l'épanchement a été très-considérable, qu'il constituait un caillot, un *coagulum* plutôt qu'une nappe, l'effet que je viens de mentionner a eu lieu d'abord au pourtour de ce caillot, et voilà comment on a pu trouver, à son intérieur, du sang encore plus ou moins liquide : sans compter que, par l'effet d'un commencement d'organisation vasculaire de ce *coagulum*, et sans doute aussi par suite de ses communications de même nature avec l'arachnoïde, de nouvelles hémorrhagies ont pu se faire dans sa cavité; tandis qu'à son extérieur, et par une sorte de balancement, une pluie purement séreuse a pu venir augmenter l'épaisseur de sa coque fibrineuse, et peut-être même, dans certains cas, la constituer en presque totalité. Les observations 11 et 12 sont des exemples de ce mode de formation pseudo-membraneuse, il y a plusieurs cas semblables dans l'ouvrage de M. Bayle, et surtout dans celui de M. Calmeil.

Les auteurs qui ont rapporté des observations analogues à celles que je viens de citer, c'est-à-dire des observations de *coagulum* sanguin dans la cavité de l'arachnoïde, ne les ont point en général considérées comme de fausses membranes ou comme les élémens de ces produits de nouvelle formation. Pour eux, ces épanchemens sanguins ne sont que des hémorrhagies donnant lieu aux symptômes de l'apoplexie sanguine ou du ramollissement du cerveau. C'est que les cas observés par ces auteurs étaient des cas essentiellement aigus, comparativement à ceux que j'ai rapportés et à ceux qu'ont recueillis M. Bayle et M. Calmeil. La mort y a toujours eu lieu très-promptement, et le sang n'avait pas eu le temps de subir la transformation qui doit le convertir en fausse membrane. Dans les cas de ce genre en effet qu'ont cités M. Serres, M. Abercrombie, M. Rostan, M. Rochoux, etc., la plupart du temps l'hémorrhagie arachnoïdienne ne se liait à aucune maladie appréciable du cerveau; ni même à aucune maladie de ses membranes. Elle était en quelque sorte idiopathique, et donnait des signes brusques et plus ou moins déterminés. Au contraire, dans tous les cas cités par M. Bayle et M. Calmeil, et dans ceux que je viens de rapporter l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, pour ainsi dire chronique, le cerveau était antérieurement et profondément altéré. Il était atrophié, induré, ramolli; enflammé dans toute son épaisseur ou à son pourtour; il

était le siége de graves lésions locales; ses vaisseaux étaient ossifiés, ses membranes étaient épaissies, opaques, adhérentes à sa surface, infiltrées ou distendues par une grande quantité de sérosité. La fausse membrane ou l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne ne constituait, au milieu de tant de désordres, qu'un accident dont la mort n'était presque jamais la suite immédiate, et qui, la plupart du temps, ne donnait lieu à aucun symptôme qui eût pu en faire soupçonner le développement. En outre, l'épaisseur du *coagulum* étant, en général, moins considérable, à raison de l'espace de temps écoulé depuis sa formation, et de la manière lente et successive dont il était fait; et le cerveau étant déjà malade, revenu sur lui-même, ballottant dans de la sérosité, on ne remarquait pas dans ces cas cette compression, cet aplatissement des circonvolutions, notées dans ceux d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne aiguë et idiopathique, et qui étaient l'occasion des symptômes auxquels cet épanchement avait pu, sinon être reconnu, au moins être soupçonné.

V. En voyant, dans le cas de fausses membranes primitivement sanguines, des espèces de canaux se creuser dans leur épaisseur par le resserrement et l'allongement de ce qui n'était d'abord que des sacs de sang, et ce sang se présenter fluide dans ces conduits de nouvelle formation, je m'étais dit que peut-être était-ce là un mode, non encore signalé, d'organisation vasculaire des fausses membranes, et que ces canaux, de prime-abord très-considérables, représenteraient les points, les houppes et les stries rouges, qui constituent d'ordinaire les élémens de la pénétration vasculaire des fausses membranes, nées primitivement d'une exhalation de lymphe plastique. La manière dont mes observations sont rédigées se sent de cette préoccupation, qui n'est peut-être pas dénuée de tout fondement; mais à l'appui de laquelle ne vient aucun fait analogue dans l'organisation des pseudo-membranes et dans celui des épanchemens de sang. De plus, dans les observations 8, 10 et 11, la fausse membrane, indépendamment de ces canaux et de ces sacs de sang, offrait, surtout à ses points de contact avec l'arachnoïde, les houppes et les stries rouges que l'on regarde comme les rudimens exclusifs de l'organisation vasculaire des fausses membranes. Il paraîtrait donc que, dans le cas d'exhalation de sang, les parties sérense et cruorique de ce liquide sont peu à peu résorbées, et que ce n'est que lorsque la pseudo-membrane est ainsi devenue plus ou moins complétement fibrino-albuminense, que se développent dans son tissu, comme dans celui des fausses membranes qui ont primitivement ce caractère, les élémens vasculaires de leur organisation.

VI. Les auteurs qui, dans les cas surtout d'altérations cérébrales chroniques, ont observé de fausses membranes arachnoïdiennes, s'accordent à dire que rien d'ordinaire ne peut les faire reconnaître sur le vivant. Les symptômes auxquels ces produits de nouvelle formation donnent lieu doivent se confondre avec les signes d'irritation ou de compression cérébrale qui abondent dans les cas pathologiques où on les rencontre. Peut-être que l'œdème de la face dans l'observation de Watin (obs. 10), la violente douleur frontale dans celle de Keravalle (obs. 2). étaient plus spécialement dus à la présence de la fausse membrane; mais ils auraient pu exister sans elle.

VII. Il n'est pas besoin de dire qu'il n'y a aucun moyen thérapeutique à employer pour faire disparaître une fausse membrane encéphalique; et pour peu qu'elle soit volumineuse, il n'y a point à espérer qu'elle se convertisse en adhérences filamenteuses dont l'existence soit compatible avec la raison, la vie même de l'individu qui en est porteur. Si pourtant elle était très-mince, très-peu étendue et surtout constituée par des lambeaux isolés, on conçoit qu'elle puisse se joindre au feuillet de l'arachnoïde sur lequel elle siége, et lui donner plus d'épaisseur en s'incorporant. Dans quelques cas que j'ai vus, ce résultat avait peut-être commencé à avoir lieu; mais en général ces épaississemens laiteux de l'arachnoïde qu'on trouve d'ordinaire sur la convexité des hémisphères dans les cas de lésions cérébrales anciennes et profondes, et surtout chez les aliénés paralytiques, mais qu'on peut rencontrer aussi chez les individus sains d'esprit et libres de mouvemens; ces épaississemens, dis-je, ne me paraissent point être le résultat de l'incorporation de pseudo-membranes au feuillet cérébral de l'arachnoïde; ils siégent toujours, ainsi que j'ai eu souvent occasion de m'en convaincre par des dissections très-attentives, en dehors de cette membrane, et sont dus à une sorte de dépôt de matière albumineuse à sa face externe ou cellulaire, comme cela a lieu du reste pour les épaississemens des autres membranes séreuses, et pour ceux de la plèvre en particulier.

N° 2. — 9 JANVIER.

Troisième mémoire sur les exostoses; de leur traitement; par M. ROGNETTA, docteur en médecine et en chirurgie.

Si vous ouvrez nos meilleurs ouvrages sur les maladies des os, vous ne trouverez qu'une sécheresse vraiment désespérante à l'égard du traitement des exostoses. Boyer ne vous en apprend pas plus que J.-L. Petit; et Ludwig, Delpech et sir Astley Cooper, et les articles de dictionnaires, et enfin les thèses soutenues depuis quelques années, soit devant les universités d'Allemagne, soit ailleurs, ne nous éclairent pas davantage. C'est que tous ces travaux ont été composés avec des idées préconçues. Sans compter la confusion, que j'ai déjà relevée, entre les véritables exostoses et des tumeurs de toute autre nature, on s'était persuadé qu'on n'avait que le fer et le feu pour attaquer ces ostéocèles. Quelques-uns vont même jusqu'à mercurialiser leurs malades, dans la fausse idée où ils sont que toute exostose n'est que le symptôme certain d'une syphilis. D'autres, enfin, croient donner un sage conseil en prescrivant de ne pas toucher à une exostose lorsqu'elle n'incommode point.

Il y avait cependant, dans l'étude des exostoses, un

point capital à saisir pour la thérapeutique, et qui a échappé à presque tous les chirurgiens : c'était d'établir un traitement tout particulier pour les exostoses que nous avons appelées épiphysaires, soit en prévenant leur ossification lorsqu'elles ne sont encore que de la gélatine cartilaginense, soit en les exposant à une chute spontanée par la nécrose artificielle (ainsi que nous l'avons déjà remarqué dans un des précédens mémoires), lorsqu'elles sont déjà ossifiées.

Ces exostoses étant les plus fréquentes, et l'art pouvant avoir sur elles plus de puissance que sur les autres, nous exposerons leur traitement avec un soin tout spécial.

Lorsqu'un malade affecté d'exostose réclame nos soins, notre premier devoir est de rechercher la cause du mal, et de voir si la tumeur ne dépendrait pas d'un vice constitutionnel. Qu'il me soit permis de le répéter ici, les exostoses diathésiques sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le croit. Une grande partie des exostoses dépendent de causes toutes locales, bien que rien n'empêche cependant que ces mêmes causes coïncident ou se joignent à des vices constitutionnels. Une diathèse, reconnue comme cause efficiente ou concomitante d'une exostose, doit être combattue par les moyens connus avant de s'occuper du traitement local de la tumeur. S'il est constaté, au contraire, qu'aucun virus ne complique sa présence, le traitement local doit seul occuper le praticien.

Supposons le cas le plus simple : une exostose épiphysaire existe sur le tibia ou sur le crâne ; elle est survenue à la suite d'une contusion ; le malade n'a jamais été atteint de syphilis; l'ostéocèle est récente; elle n'est probablement pas encore cimentée à sa base. Que faire dans ce cas? Essayer de résoudre l'exostose d'abord ; ensuite, en provoquer la chute spontanée par la nécrose artificielle, si la résolution a été impossible.

Exostose épiphysaire ; résolution.

Obs. I. — Un jeune homme anglais, M. Pritchard, âgé de vingt ans, habitant Paris depuis deux ans, vint l'année dernière, en juillet, me consulter pour une exostose du volume et de la figure d'un œuf, qu'il portait depuis deux ans à la tempe du côté droit. Cette exostose était plate, à large base, dure, s'étendant depuis un demi-pouce de l'extrémité externe du sourcil droit, jusqu'à deux pouces environ en haut et en arrière. Voici l'histoire que la malade me fit de sa tumeur.

Etant à Londres il y a deux ans et demi, il s'exerçait au jeu de gymnastique que les Anglais appelent *boxer*. Il reçut dans la lutte un fort coup de poing à la tempe, sans perdre connaissance ni éprouver de vertiges ; douleur passagère. Six mois après, la région contuse parut gonflée, et il s'y forma par degrés la tumeur que je viens de décrire.

La tumeur était indolente, mais elle faisait des progrès rapides. Intégrité parfaite de toutes les fonctions ; absence absolue de syphilis et de tout autre principe diathésique. Je diagnostiquai une exostose épiphysaire, et je me proposai de la résoudre. Les progrès actuels du volume de la tumeur me firent penser qu'elle était encore à l'état de *crudité*, je veux dire qu'elle n'était pas encore ossifiée complétement. Déjà l'exostose avait résisté à l'effet de 600 sangsues qu'un praticien distingué de Paris avait fait appliquer en différentes fois sur le lieu tuméfié. Je proposai, par conséquent, l'usage de la compression méthodique et des frictions journalières d'onguent mercuriel ammoniacé sur la tumeur. Mais je désirai d'abord m'éclairer du conseil de M. Dupuytren. Ce célèbre chirurgien ayant approuvé et mon diagnostic et le plan de traitement que je venais de proposer, je fis faire par Charrière une sorte de brayer particulier, dont le ressort en acier passait par dessus la tête du malade, prenant un point d'appui sur l'apophyse mastoïde du côté opposé à la tumeur. Une petite pelote bien rembourrée adaptée à la figure de l'exostose, comprimait celle-ci. Une vis de pression rendait à volonté la compression plus ou moins forte. Le malade comprit si bien l'importance de ce traitement, qu'il se fit, de son chef, raser toute la tête, et construire une perruque artistement arrangée, sous laquelle il cachait tout appareil compressif qu'il portait constamment jour et nuit. Quinze jours après l'usage de ce traitement, la tumeur avait non-seulement cessé de faire des progrès, mais aussi son volume avait déjà diminué de moitié. J'ai revu il y a deux mois le jeune homme en question; la tumeur est presque entièrement disparue ; on y distingue à peine une très-petite différence de cette région avec celle de l'autre côté correspondant de la tête : il a cessé depuis longtemps de comprimer, mais il continue ses frictions tous les soirs. (Prenez gros comme une noisette d'une pommade composée de dix parties de muriate d'ammoniaque sur cent parties d'onguent napolitain.)

On pardonnera, j'espère, la longueur de cette observation en raison de l'importance qu'elle présente. La manière d'agir de la compression dans les exostoses épiphysaires non encore ossifiées parfaitement n'a pas besoin de longue explication pour être bien comprise. Ce moyen écrase en quelque sorte la tumeur, dérange son organisation, l'empêche de s'accroître et expose sa substance à l'action des absorbans.

Si cette exostose eût résisté à l'action de ces moyens résolutifs, je n'aurais pas hésité à recourir à la *nécrose artificielle*. J'aurais dans ce cas pratiqué une incision cruciale sur la tumeur; j'aurais mis sa subtance à découvert en coupant le périoste à sa base ; j'aurais ensuite rempli mollement la plaie de charpie sèche et fine, et j'aurais attendu que l'exostose se décollât et tombât d'elle-même, en prenant d'ailleurs toutes les précautions d'usage pour prévenir l'érysipèle et les autres accidens inhérens aux plaies qui suppurent, et je n'aurais renouvelé le même pansement que de loin en loin, jusqu'à ce que la tumeur parût facile à ébranler sous l'action d'une spatule.

La pratique que je viens de proposer a parfaitement réussi dans le cas de l'exostose intra-orbitaire dont j'ai déjà rapporté l'histoire. Nous l'avons vu aussi réussir dans le cas de M. Regnoli. (V. les mémoires précédens.) Il y a cependant une différence entre ces deux dernières observations, c'est que, dans l'une, l'exostose étant placée à la tête, tout ébranlement produit par les instrumens

percuteurs ordinaires, tels que la gouge et le marteau, aurait pu avoir des conséquences fâcheuses, tandis que dans l'autre, la situation de la tumeur sur la branche du pubis permit de décoller sur-le-champ l'exostose à l'aide du tranchant d'une gouge. Ce dernier procédé est certainement plus expéditif que l'autre, mais il n'est pas toujours applicable impunément; il faut pourtant en tenir compte, sauf à ne s'en servir que dans les circonstances convenables.

Que les exostoses épiphysaires soient susceptibles de résolution, cela a été observé de tout temps. En effet, tous ces emplâtres de *vigo cum mercurio*, de savon, de diabotanum, l'*emplastrum ammoniaci cum hydrargiro*, etc., dont les anciens se servaient pour couvrir les exostoses, n'avaient d'autre but que de provoquer la résorption de la masse épiphysaire. On a plusieurs fois vu de ces exostoses, non encore endurcies, disparaître spontanément sous un traitement général, lorsqu'elles dépendaient d'un virus vénérien. J'en ai cité un exemple d'après J.-L. Petit. On peut en voir un pareil dans Boyer. John Hunter, réfléchissant que les acides minéraux ont une action marquée sur les os en les dépouillant de leurs sels calcaires, avait pensé qu'on pourrait peut-être s'en servir pour provoquer la résolution de certaines exostoses. Un des élèves de ce célèbre praticien assure en effet qu'un jeune homme âgé de 12 ans, qui portait deux exostoses sur le tibia et une troisième sur le condyle interne du genou, vit ces tumeurs disparaître entièrement par l'usage interne de l'acide phosphorique que John Hunter lui administrait (1). Cette idée de Hunter a été adoptée par sir A. Cooper. Ce chirurgien n'emploie d'autres remèdes intérieurs pour résoudre les exostoses commençantes que les acides muriatique, phosphorique, sulfurique, etc., dans une grande quantité d'eau. J'ai vu administrer dans le même but l'iode intérieurement. D'autres vantent également l'usage des petites doses d'oxi-muriate de mercure, jointes à une forte décoction de salsepareille, comme moyen abortif et résolutif des exostoses. Aucun fait cependant ne rend incontestable jusqu'à ce jour l'efficacité de cette médication. L'observation de Hunter, ci-dessus citée, n'est pas plus concluante que les autres; car, au dire de Morgagni, Marc-Aurèle Séverin avait vu aussi des exostoses disparaître à la longue par les seules forces de la nature. « Nec alias » fortasse fuerunt exostoses illæ, quas ab se ipso secun- » dum infimum utrumque cubitum diu gestatas scribit » Severinus, perpetuò, dum in iis innitetur, incommo- » dantes, donec post aliquot annos nullo remedio sunt » discussæ. (2) »

Mais il n'en est pas de même de certains remèdes topiques. J'ai vu à la clinique de Dupuytren des tumeurs osseuses disparaître par l'usage longtemps continué des frictions d'onguent mercuriel ammoniacé. L'efficacité de ce remède était vraiment étonnante lorsqu'il pouvait être combiné à la compression méthodique. Je me rappelle entre autres le cas d'un vieillard qui avait une hypérostose très-considérable au tibia avec un large ulcère à la région malléolaire interne, et plusieurs tendons ossifiés visibles dans le fond de cet ulcère, lequel fut parfaitement guéri par les frictions ci-dessus et par la compression méthodique de la jambe. M. Carron du Villards a aussi obtenu la résolution complète de deux exostoses à l'état de crudité, dont l'une à l'avant-bras d'un enfant, l'autre au sourcil d'un homme adulte, à l'aide des mêmes frictions, précédées d'un traitement antiphlogistique. J'ajouterai enfin qu'en Italie, Monteggia est parvenu à faire résoudre des exostoses à l'aide de vésicatoires, de moxas et de douches d'eaux minérales chaudes sur la tumeur. Tout ceci s'explique par les raisons que je viens d'alléguer. Mais peut-on en dire autant des exostoses déjà cimentées ou parenchymateuses? Je ne crois nullement à la résolution des exostoses dans ces cas. Lorsque la tumeur est greffée organiquement, le travail d'éburnation dans sa substance a déjà commencé, et alors les mouvemens vitaux de son parenchyme sont presque nuls. De là l'impossibilité de les résoudre.

Maintenant l'exostose est-elle douloureuse? Il faut voir quel est le caractère de la douleur. Si, ce qui a lieu le plus ordinairement, cette douleur est celle que nous avons nommée extra-périostale, avant de songer à l'enlèvement de l'exostose, on combattra la complication par des remèdes appropriés. S'il y a probabilité que la douleur tient à un principe diathésique, on aura recours à des remèdes généraux et locaux. Dans le cas contraire, qui est le plus fréquent, les seuls remèdes locaux suffisent. Ces médicamens locaux seront choisis parmi les émolliens, les antiphlogistiques et anodins, tels que les sangsues, les vapeurs d'eau chaude, d'eau de guimauve, de décoction de têtes de pavot, les cataplasmes mucilagineux et opiacés, les fomentations d'une forte solution d'opium, la glace pilée, les aspersions d'eau froide, les bains simples, les bains de vapeur, etc. Rarement la douleur extra-périostale d'une exostose épiphysaire résiste longtemps à ces moyens. Quelquefois cependant ce symptôme prend le caractère pulsatif avec inflammation et rougeur à la peau. Un abcès se forme alors dans les parties molles qui couvrent la tumeur. Il faut s'en féliciter et aider la nature dans ce but, car la nature prévient ainsi nos efforts en produisant d'elle-même ce que nous nous proposions d'obtenir, savoir la nécrose artificielle et la chute de la tumeur.

Ce que je viens d'avancer n'est pas une conjecture. « Des exostoses même peu volumineuses, dit Delpech, » ont excité un tel état inflammatoire dans les parties » molles qui les recouvraient, que celles-ci, ulcérées » ou gangrénées, entraînaient le dépouillement de la » tumeur osseuse, la mortification de la lame qui la » compose et sa séparation, qui alors est prompte et » facile. Nous avons vu des cas de cette espèce où quel- » ques jours d'une inflammation aiguë ont produit la » dénudation, la séparation spontanée et la guérison » de l'exostose. Dans ces cas, l'exostose consistait dans » une organisation osseuse sur ajoutée à l'os primitif. » (T. III, p. 519.) Cette observation remarquable de Del-

(1) Wilson, on the bones and joints, p, 273.

(2) Morgagni, de caus. et sed., épis. 50, n° 59.

pech met déjà sur la voie du traitement que nous venons de proposer, en dénudant *ex abrupto* la tumeur, et en provoquant sa chute. C'est dans ce même but que nous voudrions qu'on dénudât quelquefois la tumeur à l'aide de la pierre à cautère ou de plusieurs moxas. Ce procédé serait applicable dans les cas où l'exostose serait superficiellement placée, comme à la jambe, au front, etc. On conçoit en effet que l'action de ces caustiques doit hâter la nécrose et le décollement de l'ostéocèle. C'est à l'expérience, du reste, à constater la valeur de cette méthode de traitement.

L'exostose épiphysaire est-elle à base très-large, dans une région très-charnue, comme à la partie supérieure de la cuisse, du bras, etc., il ne faut pas craindre de l'attaquer par la nécrose artificielle. Il n'est pas nécessaire dans ce cas de pratiquer une énorme incision, proportionnée à l'étendue de l'exostose; une pareille conduite ne serait pas sans danger. J'aimerais mieux, dans cette circonstance, ne dénuder l'exostose que sur un seul point le plus convenable, et dans une étendue de 2 à 3 pouces. On pourrait appliquer sur ce point dénudé des moyens propres à produire la nécrose, tels que des moxas répétés, des caustiques d'autre nature, etc., et continuer pendant longtemps les pansemens à sec indiqués ci-dessus. La nature se chargera de la séparation du reste de la tumeur.

Dans le cas où l'exostose épiphysaire existe près d'une articulation, faut-il abandonner la tumeur à la nature, ainsi que les auteurs le conseillent? Si l'on consulte les résultats d'une pareille conduite, l'on verra qu'on a eu toujours à se repentir de l'avoir suivie. La tumeur circa-articulaire, en effet, lorsqu'elle fait des progrès, cause d'abord l'ankylose, puis des désordres beaucoup plus sérieux. Un jeune homme tomba de cheval sur le grand trochanter; une exostose épiphysaire se forma sur cette région; on craignit de l'attaquer; la tumeur fit des progrès, s'étendit jusque sur l'os innominé, entra dans le petit bassin par le détroit inférieur; et après plusieurs années d'une vie misérable, le malade mourut des suites de son exostose. (*The Lancet*). Une femme reçut une contusion sur le moignon de l'épaule; une petite exostose épiphysaire se forma au-dessous du deltoïde; on rejeta toute idée d'opération, parce que la malade ne souffrait pas; la tumeur augmenta de volume, envahit toute l'épaule, et il fallut plus tard pratiquer la désarticulation du bras pour arracher la femme à une mort certaine. (A. Cooper.) Le cas d'ablation de l'exostose au-dessous du deltoïde, pratiquée par M. Roux (voir notre premier mémoire), aurait très-certainement exposé plus tard le malade à la même nécessité que la femme ci-dessus, si le chirurgien ne se fût pas hâté d'enlever la tumeur. Boyer cependant s'était opposé à cette opération, par la seule raison que le malade aurait pu vivre avec sa tumeur. Dans une autre circonstance, sir A. Cooper fut obligé de pratiquer l'amputation partielle du pied pour une exostose épiphysaire, siégeant sur le métatarse; et d'autres chirurgiens ont dû amputer la cuisse ou le bras à cause d'une exostose énorme autour du genou ou du coude. Tous ces faits nous autorisent assez, je crois, à nous écarter de la pratique généralement suivie sur ce point.

Je dis donc, en principe général, qu'il faut toujours attaquer une exostose épiphysaire dès son début ou aussitôt que possible, et par tous les moyens que l'art possède, quel que soit d'ailleurs l'endroit de son implantation (j'entends parler des exostoses externes). Le voisinage d'une grande articulation ne doit point être un obstacle à la dénudation artificielle de la tumeur, à l'aide d'une petite incision. On prendra d'ailleurs les précautions convenables pour prévenir l'ouverture ou l'inflammation de la capsule articulaire. Les exostoses circa-articulaires, qui ne sont dans leurs commencemens que digitiformes ou styloïdes, ne pénètrent jamais à cette époque dans l'intérieur de l'articulation. Et après tout, n'extrait-on pas avec succès les corps cartilaginiformes intra-articulaires, en ouvrant impunément la capsule? Si l'on pouvait avoir la certitude qu'une petite exostose circa-articulaire n'augmentera pas de beaucoup en volume, que sa présence ne gênera pas considérablement plus tard les fonctions du membre; l'expectation que l'on conseille généralement serait certainement le parti le plus prudent et le plus sage; mais qui peut dire d'avance où s'arrêtera l'accroissement de ces tumeurs? On en a vu, qui n'étaient pas plus grosses qu'une noix d'abord, prendre ensuite un volume pareil à celui de la tête d'un adulte. Ajoutez que tant que l'exostose épiphysaire est petite et sa base encore cartilagineuse, on a tout espoir de la détruire par la simple dénudation; mais lorsque l'exostose est déjà cimentée, elle entre alors dans la classe des ostéocèles parenchymateuses, et son traitement n'est plus ni aussi simple, ni aussi facile.

Tout ce que nous venons de dire à l'égard des exostoses circa-articulaires s'applique exactement aux exostoses extra-crâniennes.

Je me résume donc sur ce point de thérapeutique en établissant les propositions suivantes :

1° Toute exostose épiphysaire doit être attaquée le plus tôt possible, quelle que soit la région extérieure du corps qu'elle occupe.

2° On doit essayer de résoudre toute exostose épiphysaire si elle est encore à l'état de crudité. On remplira cette indication à l'aide des moyens généraux et locaux. La résolution doit être toujours tentée jusqu'à l'époque de dix à douze mois de l'existence de la tumeur.

3° Si l'exostose épiphysaire n'est plus susceptible de résolution, on essaiera la nécrose artificielle pour déterminer la chute spontanée de la tumeur. Cette nécrose artificielle est surtout applicable dans les régions du corps où l'usage de la gouge et du marteau est dangereux ou impossible, comme à la face extérieure du crâne, à la partie supérieure de la cuisse et du bras, etc.; ou bien lorsque l'exostose a une grande étendue, de manière à ne pas pouvoir être ébranlée sans danger, par les moyens violens.

4° Enfin, on dénudera l'exostose et on l'ébranlera sur-le-champ, à l'exemple de M. Regnoli, si la situation, le volume et l'âge de la tumeur le permettent;

autrement on pansera la plaie à sec et l'on attendra la chute spontanée de l'exostose ; on peut hâter cette chute à l'aide des moyens indiqués.

Il ne me reste maintenant, pour compléter le traitement des exostoses épiphysaires, qu'à dire quelques mots sur certaines tumeurs cartilagineuses, enkystées dans le parenchyme des os, et dont le traitement a beaucoup d'analogie avec celui-ci. Ce sont ces tumeurs que sir A. Cooper a désignées sous le nom de *nids cartilagineux*, et dont nous avons parlé en leur lieu. Ces tumeurs peuvent très-bien être enlevées à l'aide de la pointe d'une spatule qu'on engage entre la masse cartilagineuse et la paroi du kyste, en les faisant sauter par une sorte d'énucléation. J'ai vu plusieurs fois Dupuytren opérer de ces tumeurs cartilagineuses, enkystées dans quelques-uns des os de la face, et les guérir parfaitement à l'aide de cette énucléation. En voici un exemple.

Obs. II. — Une femme portait une ostéocèle volumineuse indolente sur le menton, qui la déformait singulièrement. Deux incisions longitudinales et parallèles aux côtés de la tumeur, depuis la lèvre jusqu'au bord inférieur de la mâchoire ; autre incision transversale inférieurement. On dissèque et on relève le lambeau de bas en haut. Incision du périoste fort épais qui couvre la tumeur. Incision, avec le bistouri, d'une coque osseuse qu'on enlève. Exposition d'une masse cartilagineuse, ronde, au-dessous de cette coque. Enucléation très-facile de ce *nidus cartilaginosus* à l'aide de la pointe d'une spatule. Le nerf maxillaire inférieur est à nu dans le fond de la cavité osseuse. La malade accusait de vives douleurs chaque fois qu'on touchait ce nerf pendant les manœuvres de l'opération. Guérison.

Je dois ajouter enfin que, tant après l'enlèvement d'une exostose épiphysaire, qu'après l'énucléation de ces nids cartilagineux, il est bon de laisser suppurer pendant quelque temps le fond de la plaie, afin de prévenir la récidive. La même irritation sécrétoire, en effet, pouvant persister après l'opération, donnerait lieu à la repullulation de l'exostose, ainsi que nous en avons ailleurs cité des exemples. Dans quelques circonstances, il est même avantageux de cautériser, avec un fer chauffé à blanc, l'endroit de la base de la tumeur, pour changer ainsi le mode de vitalité morbide de ces parties.

Venons à présent au traitement des exostoses parenchymateuses. Celui-ci est plus embarrassant et plus difficile. Quand on opère une exostose parenchymateuse, on ne peut presque jamais en prédire les conséquences ni le terme de la guérison. Quelquefois on a vu les suites les plus fâcheuses succéder à une opération de ce genre. Dans cette catégorie des exostoses parenchymateuses, nous comprenons toutes les ostéocèles épiphysaires déjà cimentées ou greffées organiquement avec l'os de la base.

Comment reconnaître *à priori* qu'une exostose est de nature parenchymateuse plutôt qu'épiphysaire ?

En procédant d'abord par voie d'exclusion, on peut déjà acquérir quelques données sur la nature de l'exostose. Si la tumeur s'est développée à l'occasion d'une cause locale, un coup, une contusion, une piqûre, un frottement continuel contre un corps dur, etc., on a la presque certitude que l'exostose est épiphysaire et non parenchymateuse, qu'il y ait ou non quelque diathèse dominante dans la constitution du sujet. Si au contraire l'ostéocèle s'est développé sans cause locale appréciable, que le sujet soit scrophuleux ou entaché de syphilis, on peut avec quelque probabilité induire la nature parenchymateuse de la tumeur. Je dis probabilité et non pas certitude, car ces causes peuvent tout aussi bien produire l'exostose épiphysaire que la parenchymateuse, suivant qu'elles se fixent sur le périoste ou bien sur la substance de l'os. Mais cependant l'exostose parenchymateuse, lorsqu'elle est douloureuse, est accompagnée d'un sentiment de souffrance profonde, sourde, ostéocope, intra-médullaire, tandis que quand l'exostose épiphysaire produit de la douleur, celle-ci est superficielle, aiguë, pulsative, extra-périostale. Ce signe distinctif néanmoins est nul si la tumeur est indolente, comme cela arrive assez souvent. Ajoutez que cette douleur n'existe ordinairement que dans les premiers temps du développement du mal. Aussitôt que l'exostose a acquis un certain volume, ou que sa substance commence à subir la phase d'éburnation, alors la tumeur est tout à fait indolente dans son parenchyme. Il y a pourtant un autre signe diagnostique à mentionner ; bien qu'il ne soit pas tout à fait concluant, nous l'avons trouvé assez constant dans les cas qui se sont présentés à notre examen; il est relatif à la forme de la tumeur. L'ostéocèle parenchymateuse est ordinairement ronde, sphérique, ou ovale, et à large base, tandis que l'exostose épiphysaire prend le plus souvent des figures bizarres, irrégulières, pédiculées ; sa surface n'est presque jamais égale ni lisse au toucher. L'exostose parenchymateuse est presque toujours unique sur un même individu ; l'épiphysaire est assez souvent multiple. La première a une prédilection pour la partie spongieuse des os ; la seconde, au contraire, pour la partie compacte. L'exostose parenchymateuse enfin met un temps beaucoup plus long à se développer que l'épiphysaire. On peut assez souvent, en réunissant toutes ces données, distinguer une exostose épiphysaire d'une exostose parenchymateuse ; mais quelquefois aussi ce diagnostic est fort douteux, jusqu'à ce que la tumeur ait été mise à découvert. Dans cette circonstance même, quelquefois les praticiens les plus exercés ne peuvent pas dire avec assurance quelle a été l'origine de l'exostose, tant il est vrai qu'après un certain temps l'exostose épiphysaire se confond intimement avec l'exostose parenchymateuse.

Les exostoses parenchymateuses peuvent se présenter avec les mêmes complications que les autres. Le traitement de ces complications cependant n'est pas tout à fait le même dans les deux classes de tumeurs. La douleur, si facile à combattre dans les exostoses épiphysaires, est assez souvent rebelle dans les parenchymateuses. Ici les remèdes locaux sont presque tout à fait inutiles, à raison du siége profond de la douleur. C'est donc aux moyens internes qu'il faut avoir recours: l'opium sous différentes formes ; les mercuriaux, s'il y a soupçon de syphilis ; les petites saignées répétées, si

la constitution du malade les supporte ; les autres remèdes antidiathésiques connus, s'il y a indication de ce genre, etc. On peut en même temps essayer quelques-uns des remèdes locaux que nous avons déjà indiqués, si l'on soupçonne que les douleurs soient plutôt extra-périostales qu'intra-médullaires, ainsi que cela arrive quelquefois.

Si la position de l'exostose est telle que sa présence détermine des accidens graves, comme lorsqu'elle est placée à la tête, sur le trajet des gros vaisseaux et des nerfs des membres, etc., il faut se hâter de prendre un parti décisif. J'ai cité ailleurs un cas où une ostéocèle sur le trajet des vaisseaux et nerfs brachiaux avait occasionné des accidens graves, la malade fut soulagée à l'aide de larges cataplasmes et d'une position convenable du membre ; mais aucune opération ne put être tentée à cause du refus de la malade. Nous avons également rapporté des cas d'exostoses crâniennes compliquées de symptômes encéphaliques graves. Les petites saignées produisent de l'amélioration dans ces cas ; mais cela ne suffit pas ; il faut attaquer, *cito*, et corps à corps, la tumeur. C'est le seul moyen d'éviter d'autres accidens fâcheux et de sauver peut-être la vie du malade.

Une exostose parenchymateuse ou épiphysaire cimentée étant donnée, doit-on en tenter l'ablation par les moyens chirurgicaux ? On peut répondre à cette question par *oui* ou par *non*, suivant le siége qu'occupe la tumeur, les symptômes qui l'accompagnent, le volume qu'elle a atteint et l'époque de son apparition.

L'exostose existe-t-elle à la tête avec des symptômes encéphaliques (vertiges, éblouissemens, clavus, épilepsie, etc.) ; si ces symptômes ne cèdent pas entièrement aux remèdes généraux, il faut se hâter d'enlever la tumeur, quels que soient d'ailleurs son volume et son ancienneté. Il est vrai qu'on ne saurait répondre dans ce cas que les symptômes en question ne dépendent pas de toute autre altération inconnue ; mais le devoir du chirurgien est de commencer par enlever la tumeur, dont la présence est la cause présumée des accidens que le malade éprouve. Cette conduite est celle qui a été conseillée en cas pareils par les chirurgiens les plus expérimentés de nos jours. Je ne citerai que deux seuls faits à l'appui de cette assertion. Un homme de Montpellier, âgé de 32 ans, se présenta l'année dernière à la consultation de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu. Il offrait une exostose du volume d'un œuf sur le front, qu'il disait porter depuis son enfance ; il se plaignait de maux de tête, d'éblouissemens, de vertiges, et sa physionomie exprimait l'hébétude ; il désirait en être débarrassé. Plusieurs traitemens mercuriels lui avaient été faits inutilement ; le malade assurait n'avoir jamais eu la vérole. Dupuytren conseilla l'ablation de la tumeur comme moyen de combattre les symptômes encéphaliques. Cette exostose, probablement épiphysaire d'origine, était actuellement à coup sûr parenchymateuse. Dans le cas qu'on va lire, le chirurgien suivit la même conduite : il opéra, et il eut à s'applaudir des suites de son opération.

Exostose crânienne parenchymateuse ; opération ; guérison.

Obs. III. — Une femme des environs de Pise, âgée de 24 ans, portait depuis plusieurs années une exostose sur la partie moyenne et inférieure du front, du volume d'un œuf de poule, stationnaire. Clavus ; vertiges continuels ; hébétude. Le professeur Regnoli ayant été consulté, il proposa l'ablation de l'exostose. Entrée à la clinique de Pise. Opération. Incision des tégumens et dénudation de la tumeur ; elle est cimentée et éburnée. Gouge et marteau. Enlèvement par petits coups de la tumeur et d'une portion de la lame antérieure du frontal ; ablation d'une partie de l'os nasal correspondant, et de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, exostosés également. Cautère actuel. Chute de la nécrose consécutive, et dénudation de la dure-mère. Pansemens ordinaires. Guérison complète après 19 mois de traitement. Cicatrice solide. (Communiquée par M. Regnoli.)

La même indication d'opérer sur le crâne existe également lorsque la tumeur menace d'acquérir un grand volume. Dans ce cas, il faut attaquer l'exostose quand même aucun symptôme du côté du cerveau ne menacerait pour le moment. Telle a été l'opinion de Heister dans le cas qu'on va lire.

Exostose crânienne parenchymateuse ; opération.

Obs. IV. — Un militaire, âgé de trente-trois ans, portait une petite exostose sur le front. Compression à l'aide d'une lame de plomb, sans effet. Progrès immenses de la tumeur ; tout le front en est presque envahi. Heister l'opéra à l'aide de la gouge et du marteau. Dénudation d'une grande partie de la dure-mère. Guérison (1).

Ce célèbre praticien s'applaudit avec raison de l'opération, et il cite un second fait où un enfant, allaité par une femme vérolée, mourut de convulsions, par suite des progrès de deux petites exostoses qu'il portait à la tête, et qu'on n'avait pas voulu qu'il opérât (2).

Nous pouvons par conséquent ériger en principe de thérapeutique la proposition suivante : « Lorsqu'une » exostose extra-crânienne existe avec des symptômes » encéphaliques, ou bien qu'elle augmente évidem- » ment de volume, même sans ces symptômes, il » faut se hâter de l'enlever au plus tôt à l'aide des » instrumens appropriés, et ne pas craindre de mettre » une partie de la dure-mère à découvert si le cas » l'exige. »

Mais en est-il de même lorsqu'une exostose extra-crânienne existe depuis longues années, qu'elle a déjà atteint un volume très-considérable, qu'elle est actuel-

(1) T. Gockelius, De ossium tumoribus. Helmœstadii, 1740, p. 15.

(2) Ibid, p. 16.

lement stationnaire, dure, éburnée, et qu'elle n'incommode pas autrement que par la difformité qu'elle cause? Dans ce cas, je pense qu'il ne faut opérer l'exostose céphalique qu'autant que la personne qui la porte le désire absolument. Des accidens mortels en effet ont quelquefois suivi cette opération à la tête, sur des sujets bien portans d'ailleurs. On dirait qu'a lieu ici le même phénomène déjà remarqué dans toutes les grandes opérations de complaisance. Le fait suivant justifie notre opinion à cet égard.

Exostose extra-crânienne ; opération; mort.

Obs. V.—Jeune homme. Enorme exostose à la tempe depuis sept ans, stationnaire. Aucune incommodité, la difformité exceptée. On essaie de trépaner la tumeur dans son milieu. Dureté de l'ivoire. Le trépan ne marche pas. L'opérateur est harassé par la première trépanation, qu'il ne peut pas achever. On remet le reste au lendemain. Congestion cérébrale, mort le troisième jour. L'autopsie montra une exostose éburnée (J. L. Petit).

Avant d'exposer avec détail la manière de pratiquer l'ablation des exostoses parenchymateuses, poursuivons la discussion de la question ci-dessus, en considérant ces tumeurs dans les autres régions extérieures du corps. L'exostose existe-t-elle sur un membre? Il faut ici aussi considérer l'endroit du membre qu'elle occupe et les circonstances qui l'accompagnent. Si la tumeur s'est développée dans le voisinage d'une grande articulation, qu'elle ait un volume très-considérable, il n'y a pas d'autre opération pratiquable que l'amputation du membre ; mais on conçoit bien que dans un cas pareil, il y a une foule d'autres circonstances accessoires à considérer que nous ne pouvons pas détailler ici. Mais dans le cas où l'exostose n'est pas excessivement volumineuse, lorsque les articulations du membre sont libres, et qu'il n'y a pas de complications graves, c'est à l'ablation isolée de la tumeur qu'il faut avoir recours. En général, je pense qu'on doit opérer le plus tôt possible toute exostose parenchymateuse, après toutefois avoir préparé le malade suivant les indications que le mal présente.

La chirurgie possède différens moyens pour attaquer directement les exostoses, soit parenchymateuses, soit épiphysaires cimentées. Ces moyens sont le trépan, la gouge et le marteau, la scie ordinaire, la scie à chaînon. Tous ces instrumens peuvent avoir leur application spéciale suivant les différences de volume, de forme, de situation et de dureté de l'exostose. Ainsi, par exemple, à la tête, on préfère le trépan aux autres intrumens, parce qu'il agit sans secousses. On peut cependant se servir du trépan dans toutes les exostoses parenchymateuses qu'on veut abattre directement. J'ai vu Dupuytren emporter plusieurs fois, à l'aide de cet instrument, des exostoses peu volumineuses (nodus), placées sur l'humérus, sur le tibia, etc. On découvre ordinairement la tumeur à l'aide d'une incison cruciale et on la cerne dans une couronne de trépan si elle est petite. Si la tumeur est large, plate, à base non pédiculée, le trépan est plus spécialement indiqué, car le mal ne donnerait pas une prise convenable aux autres instrumens pour être scié ou emporté à coup de ciseau et de marteau. Dans ce cas, on découvre également la tumeur, et l'on applique plusieurs couronnes successives de trépan, soit dans la même séance, soit dans plusieurs séances successives : on fait sauter ensuite les ponts intermédiaires aux couronnes de trépan, à l'aide de la gouge et du marteau. Il est toujours bon dans ce cas de faire suppurer la base de la tumeur ; et de la cautériser même quelquefois avec un fer chauffé à blanc, afin de prévenir toute crainte de récidive. On se gardera bien cependant d'y appliquer le fer incandescent, surtout à la tête, car il pourrait produire des accidens fâcheux en transmettant le calorique à la masse encéphalique, ainsi que De Haën en fit la triste expérience.

Les exostoses pédiculées qui ne sont pas très-volumineuses, peuvent en général être enlevées d'un trait de scie à leur base. Ces sortes de tumeurs sont ordinairement d'origine épiphysaire, ainsi que nous l'avons déjà répété plusieurs fois. On peut découvrir par trois procédés différens les exostoses : par une incision cruciale dont on dissèque les quatre lambeaux ; par une incision en H, dont on fait deux lambeaux comme deux moitiés d'un livre ; et par une incision ovale dont on enlève le lambeau circonscrit. Les circonstances particulières de chaque cas peuvent seulement décider quand l'une de ces incisions est préférable à l'autre. Il y a cependant une quatrième manière de mettre la base de la tumeur en rapport avec la scie ; elle est propre à M. Roux ; nous la décrirons tout à l'heure. L'incision en H cependant, qui n'est pas indiquée par les auteurs, me paraît dans un grand nombre de cas préférable à l'incision cruciale et ovalaire, en ce qu'elle découvre nettement la tumeur, et permet ensuite de réunir parfaitement par première intention la plaie restante, si on le juge à propos.

On a encore décrit un procédé tout particulier pour abattre les exostoses très-volumineuses et très-dures. On a conseillé de faire perpendiculairement avec la scie plusieurs sections parallèles dans la masse de la tumeur, lesquelles seraient traversées par d'autres sections analogues dans un sens inverse aux premières, de manière à réduire la tumeur en plusieurs digitations perpendiculaires, qu'on emporterait ensuite à l'aide de la gouge et du marteau, en plusieurs séances séparées. Ceci me paraît extrêmement long et dangereux à la fois, surtout s'il s'agit d'une exostose crânienne. On en devine facilement la raison.

Une scie fort ingénieuse, qui a été dernièrement présentée à l'Académie des sciences par M. Heyne, me paraît pouvoir être d'une grande utilité pour l'ablation des grosses exostoses. Je me contente d'indiquer seulement cet instrument ; d'autres détails à ce sujet m'entraîneraient trop loin.

Vient enfin le procédé de M. Roux, destiné aux exostoses pédiculées placées dans le voisinage d'une grande articulation. Pour prévenir l'accès de l'air dans le voi-

sinage de la base de l'exostose, et pour éviter la formation d'une grande plaie, cet habile opérateur a imaginé de scier la tumeur sans la découvrir. C'est ce qu'on va voir dans l'observation suivante, qui s'est passée sous nos yeux.

Exostose sciée par le procédé de M. Roux.

Obs. VI. — Un jeune homme portait depuis six ans une exostose sphérique et pédiculée au-dessus du muscle deltoïde, près de l'articulation huméro-scapulaire; elle avait acquis le volume d'une orange. M. Roux, pour éviter de faire une grande plaie et mettre la tumeur à découvert, pratiqua deux incisions longitudinales parallèles entre elles, l'une en dedans, l'autre en dehors, aux deux côtés de la tumeur, faisant une sorte de double boutonnière. Il disséqua avec un long bistouri cette espèce de pont charnu qui couvrait l'exostose, coupa par cette même fente le périoste de la base de la tumeur, et y passa une lame de scie ordinaire, préalablement démontée d'un côté de son arbre. On revissa alors la scie, et l'on fit agir l'instrument comme si la tumeur eût été à découvert. La tumeur fut sciée et extraite par l'une des deux boutonnières latérales, comme une orange qu'on tire du fond d'un sac en coupant un coin de celui-ci. L'opération dura trois quarts d'heure; elle fut très-douloureuse; plusieurs vaisseaux durent être liés, ce qui fut fait avec assez de peine; puis après on comprima modérément toute cette région à l'aide d'une bande, et la guérison eut lieu par première intention en peu de jours. Je dois dire pourtant qu'un gonflement inflammatoire de tout le membre obligea le lendemain à défaire l'appareil, et à couvrir le tout d'un large cataplasme émollient. Le calme revint bientôt, et le malade sortit de l'hôpital en peu de jours, parfaitement guéri de son exostose, et se servant très-bien de son membre.

Cette observation, remarquable sous plus d'un rapport, donne une idée complète du procédé de M. Roux contre certaines exostoses, procédé qu'on pourrait nommer *à double boutonnière*. On conçoit bien que cette double boutonnière pourra être appliquée dans une direction inverse à la précédente, c'est-à-dire transversalement, si le besoin et les circonstances de la tumeur l'exigent. Ce procédé ingénieux n'ayant été essayé qu'une seule fois jusqu'à ce jour nous ne pouvons rien dire avant que l'expérience ait prononcé davantage sur ses destinées futures. J'ajouterai cependant avoir entendu avouer ingénument à M. le professeur Roux qu'il avait déjà vu M. le professeur Dubois opérer de la sorte une exostose analogue à celle-ci, et avec un égal succès. Je me permettrai seulement d'observer que le mode opératoire en question ne pourra peut-être pas être adopté comme général, car de la sorte l'instrument agit aveuglément sous le lambeau; le périoste de la tumeur ne peut être jamais exactement circonscrit par le bistouri; l'on ne sait pas au juste, en un mot, les parties molles et dures que l'on expose à l'action de la scie. En effet, nous avons vu que l'opération a été très-longue et très-douloureuse: du sang s'est écoulé en grande quantité, etc. Mais ne préjugeons rien; laissons l'expérience en décider; disons seulement que la scie ordinaire peut, dans ce cas, être remplacée avec avantage par la scie à chaîne, et qu'on peut s'en servir à peu près comme dans les résections en général.

Je terminerai ce mémoire en exprimant le désir que nos confrères qui auraient eu l'occasion d'opérer des exostoses voulussent bien publier avec détail leurs observations, et les remarques thérapeutiques qu'ils ont eu l'occasion de faire à ce sujet. La science possède, il est vrai, un grand nombre de faits publiés sur les exostoses, mais ces faits ne se rapportent pour la plupart qu'à l'anatomie pathologique de ces tumeurs, ou bien ils ne représentent rien moins que des exostoses. Quant à la partie vraiment pratique, la partie d'application thérapeutique contre ces ostéocèles, on peut dire que la science manque encore jusqu'à ce jour d'un nombre suffisant d'observations bien détaillées pour établir des principes curatifs plus circonstanciés que nous n'avons pu le faire dans ce mémoire.

N° 3. — 16 Janvier.

Mémoire sur la gangrène des poumons chez les aliénés; lu à la Société de médecine de Gand; par J. Guislain, médecin en chef des établissemens d'aliénés à Gand.

Laënnec, dont tous les momens furent si utilement consacrés à l'étude des maladies thoraciques, ne vit la gangrène des principaux organes de la respiration que six à huit fois dans le cours de dix-huit ans; d'anciens praticiens même ont rencontré rarement cette maladie.

Cependant les poumons, par leurs fonctions, leurs sympathies, leurs rapports organiques, sont exposés à de violentes irritations; mais celles-ci offrent dans ces viscères toutes les modifications de l'état inflammatoire sans présenter la terminaison qui constitue la gangrène.

On a trouvé entre les maladies pulmonaires et le désordre intellectuel une certaine alliance sur laquelle Richard Mead, le premier, et d'autres après lui, tels que Perfect, Cox et Reil, ont fixé l'attention des médecins psychologues. M. Esquirol, dans un mémoire sur la manie sympathique, et plus tard dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, a confirmé ce que ses devanciers ont dit sur cette affinité morbide, remarquable sous bien des rapports.

Ce fut en 1824 que, disséquant le cadavre d'un mélancolique, je fus frappé de l'odeur infecte qui s'échappait de la cavité pectorale; j'observai pour la première fois une dégénérescence des poumons, que, plus tard et dans d'autres cas, je reconnus pour être la gangrène.

Je ne sache pas que jusqu'ici personne ait constaté chez les aliénés cette maladie, excepté M. Calmeil, qui a dit, il est vrai, d'une manière vague, et il n'y a

guère longtemps, dans un article du *Dictionnaire de médecine*, avoir observé deux fois chez ces malades des foyers gangréneux des poumons.

Or, tout ce qui tient aux causes et aux symptômes de cette affection est encore enveloppé d'obscurité.

Laënnec établit en principe que la gangrène des poumons admet des causes essentielles, et qu'il en est de cette désorganisation comme de l'anthrax, de la pustule maligne, qu'elle se déclare sous l'influence d'un agent spécifique. Ce caractère, il est vrai, nous le retrouvons chez les aliénés; mais il n'appartient pas à l'ordre de causes indiqué par Laënnec.

Nous aurons occasion de démontrer que l'état gangréneux des poumons reconnaît dans l'aliénation mentale :

1° Une anomalie du moral, consistant dans un dégoût, un refus, une aversion, une horreur des alimens :

2° Un appauvrissement du sang provenant du manque de renouvellement dans les molécules nutritives de ce fluide ;

3° Un trouble dans l'hématose ;

4° Une altération du tissu pulmonaire comme dernier résultat morbide.

J'ai dit avoir reconnu, à l'odeur qui se dégageait de la cavité pectorale, une lésion spéciale des poumons; plus tard, le même phénomène me fit soupçonner l'existence de cette maladie sur le vivant : *le sujet refusait depuis longtemps tout aliment*, et son haleine, repoussante d'abord, répandit à la dernière période de cette affection une odeur manifestement gangréneuse. L'ouverture du corps confirma mon observation, et en me montrant le sphacèle des poumons, elle vint réaliser mon diagnostic.

Dès ce moment, je fis un rapprochement entre ces deux caractères morbides : l'abstinence des alimens d'une part; la décomposition du tissu pulmonaire, la fétidité de l'haleine de l'autre.

Toutefois, ce méphitisme de l'air expiré n'est pas toujours un indice certain de la gangrène des poumons; il est presque tel chaque fois que l'on se soumet à une diète prolongée; il est tel aussi dans les suppurations pulmonaires, et c'est ainsi que l'haleine peut être fétide chez l'aliéné sans que la gangrène se soit déclarée ; elle offre cependant dans cette dégénérescence une odeur toute particulière.

Le refus de manger, que je considère comme cause occasionnelle de la mortification pulmonaire, appartient à la mélancolie (hypérophrénie) et aux différentes associations que cette dernière forme avec d'autres genres d'aliénation mentale. Cette véritable horreur des alimens pourrait se désigner dans la science sous le nom de *sitophobie ;* de *sito*, alimens, et *phobos*, aversion, horreur.

Ce symptôme morbide se présente chez 1/9 des aliénés.

Chez plus de la trentième partie de ces malades, les soins les mieux combinés sont impuissans pour vaincre leur résistance morbide.

Ils vivent vingt, trente, cinquante, soixante jours sans accepter aucun aliment, buvant seulement de l'eau froide; quelques-uns jeûnent les premiers jours de la semaine et mangent les jours suivans; chez d'autres, l'aversion est en rapport avec l'exacerbation phrénique.

Et toujours on a cru trouver, dans cette insurmontable aversion, le résultat d'une conception erronée. Le malade croit ses alimens empoisonnés, a-t-on dit ou il s'abstient de manger, voulant se laisser mourir de faim. Mais l'observation pratique ne confirme point ces hypothèses. Dans quelques cas rares, le dégoût est réellement motivé, et le malade s'imagine manger des substances nuisibles; mais il est bien plus fréquent de le voir chercher, par les motifs les plus invraisemblables, à faire excuser sa répugnance; enfin, chez la plupart des malades, cette aversion tient à un écart capricieux de la volonté, né d'une impression pénible. C'est ce que l'étude de nos *fantaisies* confirme à tout moment; elle le confirme chez l'enfant, qui, dans ses momens de bouderie, refuse de manger; vous le trouvez chez la femme qui, dans une effervescence de dépit ou de jalousie, repousse tout aliment; les animaux même qui se laissent périr d'inanition à la mort d'un ami de leur race, ou d'un protecteur chéri, nous en offrent des exemples; et l'aliéné enfin qui refuse de manger, dévore souvent les alimens dès qu'il est seul ou qu'il peut les voler.

C'est à la faiblesse provenant d'un *appauvrissement* du sang que nous attribuons primitivement la désorganisation pulmonaire dont il s'agit, et il est vrai que l'influence des agens débilitans sur les poumons n'a pas encore jusqu'ici suffisamment attiré l'attention des praticiens : elle est cependant frappante, et d'autant plus que la faiblesse a sa source, soit dans une pénurie de ce fluide, soit dans une trop forte dépense, déterminée dans l'une ou l'autre des humeurs sécrétées.

Des exemples pourront corroborer ce point de doctrine.

Dans les temps de jeûne, et chez les personnes attachées à leurs devoirs religieux, on observe souvent des toux sèches, mais très-violentes parfois; on les a nommées stomacales, et il est juste de dire que le carême fournit une occasion fréquente de constater ces rapports pathologiques entre l'estomac et les poumons. J'ai pu, médecin de différentes communautés religieuses, étudier cette influence, que j'ai trouvée d'autant plus frappante que la règle canonique de ces ordres est plus stricte sur le régime alimentaire. C'est ainsi que dans une congrégation connue par son excessive austérité, je trouve habituellement le tiers des cénobites tourmentés par des toux, des oppressions, des asthmes, suivis très-souvent d'expectorations sanguines; or, la nourriture animale leur est interdite, et ils passent la plus grande partie de l'année dans des jeûnes extraordinairement rigoureux. Un régime substantiel, une nourriture animale surtout, sont en état de donner à ces malades une libre respiration, de combattre la toux, et même d'arrêter parfois les crachemens de sang.

Les maladies de poitrine sont fréquentes dans les prisons, dans les établissemens de charité, et partout où l'homme soumis à une nourriture peu substantielle n'offre qu'un sang rare en principes alibiles. C'est à la diète sévère, à la longue privation des alimens, et souvent à des déplétions sanguines abondantes, qu'il faut attribuer ces toux chroniques qui se déclarent dans la convalescence des maladies aiguës, et qu'on combat avantageusement par un régime analeptique; la consomption pulmonaire n'est-elle pas la suite fréquente d'une émission de sperme sollicitée trop souvent, et surtout à une époque de la vie où les tissus ont encore besoin de se développer. C'est à la suite d'un écoulement chronique de salive que nous voyons se déclarer des extinctions de voix et des consomptions pulmonaires; c'est à l'appauvrissement du sang qu'il faut rapporter cette sécheresse de la gorge, ces points pleurétiques, ces crachemens de sang qui se déclarent chez les femmes affaiblies par un allaitement prolongé. L'expérience n'apprend-elle pas que les alimens substantiels combinés à l'emploi des toniques peuvent seuls sauver ces malades? Enfin, une toux sèche et continuelle, des expectorations sanguinolentes, des hémoptysies complètes s'observent à cet âge où le corps prend un accroissement rapide et nécessite une forte dépense de sucs nourriciers.

De ceci je conclus par analogie que l'abstinence à laquelle se voue l'aliéné doit avoir une influence désastreuse sur ses poumons.

Je vais, par l'exposé suivant, indiquer la marche et les symptômes par lesquels la gangrène des poumons se caractérise chez ces malades, en joignant à cette description l'ouverture cadavérique, qui nous fera voir les lésions de tissu accompagnant cette affection.

Obs. I. — Lors de nos dernières commotions politiques, une dame d'un caractère sensible, âgée de 54 ans, et menant une vie tranquille, se saisit vivement à la vue de quelques hommes armés qui se battaient sous sa fenêtre. Elle éprouve à l'aspect de cette scène une violente secousse suivie de près d'une aliénation mentale, et il s'écoule plusieurs jours avant qu'on s'aperçoive qu'elle ne prend aucun aliment. Trois, cinq, neuf jours se passent en exhortations de sa famille, mille questions lui sont faites; tous les mets imaginables lui sont offerts, mais rien ne peut vaincre sa déplorable aversion. Un médecin appelé ordonne l'application de quinze sangsues sur l'épigastre. La décomposition profonde des traits, son amaigrissement, sa mélancolie qui s'était fortement aggravée, inspirèrent à la famille de l'inquiétude, et la malade entra dans notre établissement le 4 février 1831.

A la couleur seule de la face je reconnus un refus de manger : en effet, il résulta de mes informations que madame B. avait pris en tout, et dans l'espace de quatre semaines, quelques soupes au lait et un peu de bouillon léger. La face avait acquis une teinte d'un rouge briqueté : aux joues, au bout du nez, aux lobules des oreilles, elle était d'un brun prononcé; la pupille était dilatée, et le blanc des yeux offrait une blancheur éclatante tirant sur le bleu; les cheveux, au rapport des parens, avaient toujours été onctueux, mais depuis quelques jours ils se faisaient remarquer par leur sécheresse extrême et même par une détérioration dans leur teinte, qu'on crut également remarquer dans les couleurs de l'iris.

Ce n'est qu'avec peine qu'on parvint à faire ingérer quelques cuillerées de bouillon; car la malade, douée d'une force prodigieuse, se débat vigoureusement contre les servans, et la mélancolie passe à l'état de manie. L'amaigrissement fait d'effrayans progrès; la face se rembrunit, les lèvres acquièrent même une certaine lividité, et bientôt les mains et les pieds, surtout aux phalanges, passent à l'état de véritable cyanose. La malade s'obstine de plus en plus à repousser les alimens; elle se raidit et offre bientôt les symptômes de la mélancolie combinés à ceux de l'extase. Seulement on parvient de temps en temps à lui faire avaler une tasse de lait ou de bouillon; et, pour vaincre enfin sa résistance, on a recours au fauteuil rotatoire; toutefois l'effet de ce moyen fut nul.

Son haleine acquit une odeur insupportable; des crachats bruns, roussâtres, mêlés de stries d'un rouge clair, furent expectorés; l'expectoration devint abondante au bout de quelques jours, mais on n'y découvrit aucun pus véritable; c'était de la sanie. La face était à cette époque dans un état de décomposition telle que la malade semblait parvenue à un âge déjà décrépit. Elle s'éteignit lentement après avoir pris de temps en temps un peu de nourriture; mais pendant les derniers jours elle accepta les alimens qui lui furent présentés.

A l'ouverture du corps, le cerveau et les méninges se présentèrent exempts de toute lésion appréciable.

Un examen attentif des viscères abdominaux ne m'a pas fait découvrir la moindre trace d'inflammation; l'estomac a fixé mon attention par une absence complète de toute injection des capillaires; cet organe n'était pas même contracté sur lui-même. Toutefois j'ai trouvé la vésicule du fiel remplie d'une bile très-noire, et la rate, les vaisseaux mésentériques contenant un sang dont la couleur extrêmement renforcée m'a confirmé ce qu'a dit à cet égard le célèbre Haller.

La cavité pectorale ouverte, en soulevant le poumon gauche, mes doigts pénétrèrent dans la substance de l'organe, et une odeur insupportable s'échappant des parties déchirées, me força de suspendre momentanément cet examen. A la face postérieure et vers son lobe supérieur, le poumon, extrait de la poitrine, offrait une surface très-noire, parsemée de taches vertes et brunâtres, dans laquelle on reconnut la destruction opérée par mes doigts. Une incision cruciale faite dans cette partie me fit découvrir une dégénérescence telle que le tissu se laissait déchirer au moindre effort. Un liquide cruorique, noir, puant, semblable au fluide exhalé d'un membre tombé en sphacèle, était infiltré et extravasé dans le tissu pulmonaire; par-ci par-là quelques flocons purulens. En raclant avec le scalpel, le tranchant se couvrait d'une matière brunâtre, fi-

lante et putrilagineuse ; des stries d'un rouge livide serpentaient en tous sens. En dedans, la décomposition se prolongeait par des sinuosités dans le tissu des poumons. Toute la partie tombée en putrilage avait à peu près l'étendue d'un globe aplati de 5 pouces de diamètre. Les bronches étaient remplies d'une matière roussâtre, écumante et fétide ; mais le poumon droit n'offrit pas d'altération sensible.

Je me borne à cette exposition, la septième dans l'ordre de mes observations, pour ce qui regarde les symptômes et les lésions pathologiques de tissu, afin d'éviter des répétitions devenues fastidieuses dans l'état actuel des connaissances.

J'ai fait jusqu'ici treize autopsies d'aliénés morts par inanition, et sur neuf d'entre eux j'ai trouvé une altération de tissu analogue à la gangrène que je viens de décrire. Je citerai MM. les docteurs Wispelaere, Waldack, Smaghe, Brabander, notre estimable confrère le docteur Cales, et M. Meulewater, élève en médecine, comme ayant observé avec moi, dans les différentes autopsies auxquelles ils ont assisté, les phénomènes cadavériques qu'on va lire.

Dans aucun des cas les deux poumons n'ont été à la fois le siége de profondes altérations ; l'un a toujours été plus affecté que l'autre ; le gauche spécialement dans sept cas, le droit dans deux autres ; mais l'affection simultanée de ces deux organes ne s'est vue qu'une fois. C'est ce qui confirme l'observation faite par M. Calmeil, lorsqu'en parlant des maladies pulmonaires qui affectent les aliénés, il dit que le poumon gauche est atteint seul plus souvent que le poumon droit.

Toujours l'altération a été circonscrite, pâteuse, noire, puante ; et elle n'a, dans aucun cas, dépassé en étendue le cinquième du poumon.

Trois fois les poumons ne m'ont offert aucune altération sensible ; seulement leur couleur était plus foncée que de coutume.

Une fois je n'ai remarqué qu'un engorgement sanguin à la face postérieure du poumon gauche, une apparence d'ecchymose qui ne m'a point annoncé les caractères de la gangrène, et qui n'a pas été précédée de l'expectoration fétide que j'ai rencontrée dans les neuf cas cités.

Toujours la lésion a été plus sensible vers la pointe du poumon qu'à sa base.

Une seule fois l'altération s'est présentée à la surface antérieure ; dans tous les autres cas elle siégeait à la face postérieure, et plus rapprochée de la colonne vertébrale que des régions extérieures latérales du thorax.

J'ai vu dans presque tous les cas, des flocons purulens dans des sinuosités dirigées en tous sens ; mais la quantité de pus était trop petite pour supposer sa formation due à une inflammation pulmonaire antécédente : et les parties gangréneuses ne m'ont jamais offert une inflammation prononcée. Ce que j'ai pu distinguer, c'est une injection rouge autour de la partie tombée en gangrène, circonscrite toutefois à une étendue peu considérable. Cet état m'a paru résulter de l'irritation exercée par le tissu gangréné sur les parties environnantes, et être par conséquent l'effet plutôt que la cause de la mortification.

Dans tous les cas, le malade ne m'a semblé éprouver aucune douleur à la poitrine ; il ne toussait point, ne respirait pas difficilement, et dans aucun cas il ne m'a paru se trouver sous l'influence de la faim, ni être affecté de la moindre fièvre ; la température de la peau était diminuée plutôt qu'accrue, et le pouls plutôt lent qu'accéléré, comme chez une personne endormie.

Au moment où j'écris ces lignes, je lis dans l'ouvrage de M. Andral sur les maladies de l'encéphale, une observation relative à une femme âgée de 50 ans, entrée à la Charité dans un état de maigreur et de dépérissement dont la cause pouvait être difficilement appréciée, dit l'auteur. Elle ne toussait pas, elle n'accusait aucune dyspnée, et, à l'ouverture cadavérique, le sommet du poumon droit présentait une portion de la grosseur d'un œuf de poule, noire comme de l'encre, et transformée en un putrilage liquide, d'où s'exhalait une odeur infecte ; état gangréneux dont rien au monde n'avait pu faire soupçonner l'existence pendant la vie, ajoute l'observateur. L'ouverture du crâne démontra une maladie organique du cerveau.

L'affection gangréneuse que je viens de décrire offre de la ressemblance avec une altération de tissu connue sous le nom de *mélanose*, espèce de squirrhe qui, affectant de préférence les poumons, se caractérise par une dégénérescence passant de l'état d'endurcissement à celui de bouillie noire. Mais dans la gangrène des poumons nous trouvons un caractère spécifique, une odeur extraordinairement fétide, accompagnée d'une véritable fonte des tissus ; tandis que les mélanoses sont essentiellement reconnaissables à des taches, des grumeaux, des tubercules noirs analogues aux glandes bronchiques, passant à l'état de bouillie mais n'exhalant pas d'odeur sensiblement putride.

Chez tous les aliénés qui se sont abstenus quelque temps de manger, prédomine un symptôme spécial ; le changement dans la coloration de la peau, que j'ai toujours trouvé d'autant plus frappant que la répugnance du malade datait d'un temps plus long. C'est d'abord aux joues un rouge de brique tant soit peu cinabré, qui, plus tard, passe au brun et quelquefois à la couleur des cyanoses. Cette teinte spéciale a été remarquée dès la plus haute antiquité dans les maladies des viscères abdominaux qui mettent obstacle au passage du chyle dans le système circulatoire. La couleur bleue de plomb (*color plumbeus*) n'a-t-elle pas été indiquée par Hippocrate comme un indice de l'infractus abdominal ? Et les engorgemens du foie, du mésentère, ne se reconnaissent-ils pas à une coloration spéciale de la peau ? Des cercles brunâtres entourent les yeux ; le bout du nez est parfois d'une lividité telle qu'elle rend la figure hideuse ; les lèvres, collées sur les dents, se font remarquer par une couleur ardoisée ; et la face grippée, fendillée, et portant au front, aux angles des orbites et de la bouche, des sillons profonds, est frappante par une teinte d'un gris bleu, parfois très-prononcée. De

même, ce caractère qui est celui d'une vieillesse prématurée, joint à une coloration bleuâtre, rouge, grisâtre de la peau, appartient au marasme pulmonaire par défaut de chyle. Un condamné, dont les papiers publics ont parlé il y a peu de temps, se laissa périr d'inanition; et on remarqua quelques jours avant sa mort une véritable cyanose sur toute l'étendue de la peau.

Tout porte à croire que cette coloration particulière est due, en grande partie, à un changement survenu dans la composition du sang, à un excès dans les principes carboneux, ou à une trop forte prédominance des propriétés veineuses de ce fluide. C'est dans les poumons que se fait l'hématose, et il faut soupçonner dans la gangrène de ces organes un trouble survenu dans cette importante fonction. Je ne déterminerai point la nature d'une sidération si avancée; mais toujours est-il: 1° qu'elle se développe sous l'influence d'une cause fortement débilitante; 2° qu'elle n'est accompagnée d'aucun symptôme annonçant l'inflammation primitive des poumons. Toutefois, le raisonnement appuyé de l'observation nous conduit à voir, dans cette mortification avancée, un trouble vital qui la précède; et si une induction pouvait nous autoriser à l'explication de ce phénomène, peut-être nous rapprocherions-nous de la vérité, en disant que l'état primitif des organes de la respiration n'est pas loin d'offrir dans la gangrène de ces parties une analogie avec ce que nous présente de caractéristique le *scorbut*.

En faisant connaître l'influence des causes débilitantes dans la production de la gangrène des poumons, je me garderai d'être exclusif et de passer sous silence la manière d'être de ces organes dans les momens où, le malade déployant toute sa force de résistance, on est contraint d'employer les moyens coërcitifs pour lui faire avaler quelque aliment. Quiconque a assisté à ces scènes violentes pourra juger des profondes atteintes que doivent en éprouver les poumons. Ce n'est que par des efforts soutenus et au moyen d'un levier qu'on parvient à écarter les mâchoires; en vain veut-on comprimer les narines, tenir la tête immobile, étendre les bras, les jambes, fixer le bassin, en forçant le patient à se coucher sur le dos; il contracte le pharynx et retient dans l'arrière-bouche le bouillon qu'on y laisse filtrer: il arrête sa respiration et fait des efforts si violens, qu'il chasse au dehors le liquide contenu dans le biberon: ses yeux sont étincelans; et force est enfin de déboucher ses narines pour donner de la liberté à la respiration, et prévenir l'asphyxie et la congestion encéphalique. C'est alors qu'une partie du liquide coule souvent dans la trachée-artère et provoque une toux violente. Il se passe ainsi un temps fort long, sans le moindre avantage; car, malgré les essais les mieux combinés et répétés souvent, on parvient à peine à faire passer quelques onces de lait ou de bouillon. Parfois l'aliéné, après avoir ingéré ces substances, saisit le premier moment de liberté pour s'enfoncer un doigt dans le gosier et provoquer le vomissement. Heureusement que ces efforts ne se répètent point chez tous les malades; car il suffit chez quelques-uns de leur montrer une sonde œsophagienne, ou le biberon, pour les rendre dociles à l'instant.

Daprès ce qui vient d'être dit, il faut conclure que la fantaisie qui porte les aliénés à refuser leurs alimens, indépendamment de son influence désastreuse sur le moral, est une condition morbide qui tend fortement à altérer la santé physique de ces malades. Mais la sitophobie, dans l'idée que nous avons attachée à ce symptôme morbide, n'est pas la cause unique à laquelle il faut rapporter l'appauvrissement du chyle; car le manque de nourriture peut dépendre d'autres causes que d'une anomalie psychique, et toujours cette privation ne manque pas d'avoir la plus fâcheuse influence sur toute l'economie animale. C'est ainsi que dans les établissemens ou règne un défaut de soins, les malades sont exposés à de grandes privations, et que trop souvent on se contente d'une distribution générale d'alimens, sans voir si l'aliéné, au lieu de manger sa portion, ne la fait point servir à un autre usage; sans s'informer s'il a assez de sens pour se l'aproprier, ou pour empêcher qu'elle ne devienne un objet de convoitise pour ses compagnons, trop souvent enclins au vol: et ainsi s'explique pourquoi les maladies de poitrine sont plus fréquentes dans les grands établissemens que dans ceux où le nombre des fous est plus restreint, où les soins et la surveillance s'appliquant plus avantageusement aux individus qu'aux masses, les malades sont moins exposés à des irrégularités dans le régime. Au rapport de Georget, plus de la moitié des aliénées de la Salpêtrière succombent à des maladies de poitrine.

La gangrène dont il s'agit diffère de ces affections qui se présentent chez les aliénés sous l'aspect d'un asthme ou d'une phthisie, et qui, dans quelques cas, produisent la cessation du trouble intellectuel; et elle diffère aussi de ces maladies pulmonaires qui conduisent tant d'épileptiques au marasme. Elle est distincte enfin de ces catarrhes chroniques, de ces pneumonies latentes qui passent à l'état de suppuration et qui surviennent chez les maniaques, trop souvent exposés aux intempéries de l'air et à des troubles dans la transpiration cutanée. Or, dans ces affections, nous ne rencontrons ni la couleur cyanique, ni les caractères d'une vieillesse prématurée, ni l'expectoration roussâtre, visqueuse, fétide; mais nous trouvons la toux, la dyspnée, les douleurs de poitrine, la fièvre hectique, le gonflement des extrémités, les sueurs, les diarrhées colliquatives, une expectoration purulente, en un mot, les caractères d'une violente irritation pulmonaire, de l'engorgement de cet organe ou de son état de suppuration: enfin chez ces derniers nous ne rencontrons point, après la mort, une dégénérescence noire et putride, mais nous trouvons les poumons en suppuration, des cavernes purulentes, l'adhérence de ces organes avec la plèvre costale.

L'inflammation de l'estomac ne s'est rencontrée dans aucun cas, ai-je dit; le tissu de cet organe s'est présenté dans l'état le plus normal: or, cette disposition mérite notre attention: car des observations faites sur des condamnés, des expériences tentées sur des animaux

ont fait découvrir des lésions de l'estomac très-évidentes à la suite d'une faim prolongée. Je citerai à cet égard Haller, Dumas, Magendie, Adelon et Broussais, physiologistes et expérimentateurs dont le témoignage offre des garanties réelles, et qui rapportent tous que l'estomac présente dans ce cas des traces d'un état inflammatoire prononcé et parfois d'une vraie érosion.

Cette inflammation des organes digestifs annonce donc, chez ceux qui meurent de faim, une réaction de ces viscères.

Or rien n'indique chez l'aliéné, refusant de manger, une douleur physique. A sa convalescence, il affirme n'avoir pas éprouvé la moindre faim. Chez lui point de réaction dans l'estomac, ni de cardialgie, ni de soif; pas de réaction dans le système circulatoire ni de fréquence dans le pouls, ni d'augmentation dans la chaleur cutanée. Vous ne lui trouverez qu'un affaiblissement de forces peu apparent, tandis que la débilité est prompte à se déclarer chez l'homme qui se trouve sous l'influence de la faim. Chez les malades dont il s'agit, les forces se soutiennent presque jusqu'aux derniers instans : ils entrent dans nos établissemens sans avoir rien mangé depuis vingt, trente, quarante jours ; on les voit se promener, se livrer à des exercices divers et traîner, dans un état de maigreur extrême, leur existence pendant des mois, des années, avalant de temps en temps quelques gorgées de bouillon seulement ; tandis que le malheureux qui succombe à la faim, ne prolonge guère sa vie au delà de sept, de dix, de quinze jours.

J'en conclus que la faim et la réaction qui succède à ce sentiment pénible tendent à favoriser l'anéantissement des forces et à accélérer la mort.

Haller assure qu'une lueur phosphorescente se dégage des cadavres de ceux qui meurent d'inanition ; mais des examens tentés à diverses reprises ne m'ont rien fait voir de pareil chez les aliénés dont la mort est due au refus de manger.

Et la sensation de la faim est non-seulement éteinte chez ces malades ; mais la digestion proprement dite semble partager cet état d'inertie, et l'estomac être frappé d'une paralysie incomplète. J'ai pu m'assurer alors qu'on parvient encore à vaincre la résistance morbide, que tantôt les alimens lentement digérés ne le sont qu'imparfaitement ou ne le sont pas du tout, et que, dans quelques cas, la pulpe alimentaire subit dans l'estomac une décomposition manifestement putride.

Je citerai deux cas qui prouvent mon assertion.

Obs. II. — Une femme atteinte de mélancolie profonde témoignait, depuis plus de trois mois, une aversion insurmontable pour tout aliment ; on parvint à lui faire prendre à peu près une pinte de bouillon, en la menaçant du fauteuil rotatoire, et vers le soir, pour la déterminer à accepter une portion de viande, on eut recours à ce moyen. Il produisit du malaise et des nausées, suivis de vomissemens : on fut surpris de voir que les matières qu'elle venait de rendre étaient presque le bouillon pur pris à midi : il y avait eu entre les deux repas un intervalle de six heures.

Obs. III. — Une autre femme après avoir repoussé ses alimens pendant plusieurs jours, accepta pendant deux jours son bouillon ; la dernière portion fut prise le matin, à onze heures ; et le soir, à sept heures, elle parvint à réaliser son suicide, genre de mort pour lequel elle montrait de la tendance depuis quelques mois. A l'ouverture du corps, faite le lendemain, on trouva dans l'estomac le liquide pris la veille et sans qu'il eût subi une altération sensible.

On eût vérifié ce fait en nourrissant le malade d'œufs et de lait ; car, lorsqu'on provoque les vomissemens quelques heures après l'ingestion de ces alimens, on trouve parfois l'occasion de se convaincre qu'ils ont subi une putréfaction avancée.

J'ai dit que les aliénés atteints de gangrène pulmonaire n'annoncent ordinairement cette maladie par aucun des symptômes propres aux lésions graves des poumons ; et j'ajouterai que c'est par cet état négatif qu'elle diffère de la gangrène développée dans ces organes chez une personne saine d'esprit ; car, dans ce dernier cas, elle est accompagnée d'oppression de poitrine, de toux violente et d'un ensemble de symptômes généraux fort graves.

Or, ce qui caractérise la lésion de l'estomac, nous le retrouvons dans le système pulmonaire : une sensibilité obtuse des poumons, en vertu de laquelle ces organes ne transmettent plus au cerveau l'expression de leurs souffrances, en sorte que ce dernier ne réagit plus en sollicitant l'action des muscles de la respiration : de là la grande obscurité qui règne dans le diagnostic.

Cet état particulier de la sensibilité nous conduit naturellement à ne point perdre de vue les nerfs qui unissent le système cérébro-spinal aux viscères thoraciques et abdominaux, à trouver peut-être dans ces conducteurs de la sensibilité cérébrale la cause essentielle et primitive de l'horreur qu'éprouvent les aliénés pour les alimens ; à voir enfin associé à ce symptôme morbide un état de torpeur des pneumogastriques, qui place en quelque sorte les aliénés dans la situation de ces animaux chez qui la section de la paire vague détruit tout sentiment de faim et même d'appétence alimentaire.

Je me sens entraîné vers l'opinion que je viens d'exprimer en voyant l'engourdissement dont sont frappés tous les sens.

Les aliénés *sitophobes* supportent le froid et la chaleur avec une indifférence surprenante ; un fer rougi au feu appliqué sur la peau ne leur arrache presque aucun cri ; des bruits violens retentissent à leurs oreilles et les émeuvent à peine ; ils regardent le soleil sans clignoter ; les alimens n'éveillent pas la sensibilité de leur palais ; ils se bourrent les narines de tabac sans que jamais on les voie éternuer ; un voile semble étendu sur tous leurs sens, leur sensibilité paraît se retirer des cordons nerveux, concentrée qu'elle est dans l'épanouissement intracrânien. Or, la paire vague est un sens viscéral ; elle transmet au cerveau le besoin de respirer et celui de se nourrir ; il est donc probable que ce prolongement cérébral participe de la stupeur dont tous

les nerfs de la vie de relation sont frappés ; et dans ce sommeil des sens, ni la paire vague, ni les prolongemens thoraciques et abdominaux du rachis, ne sauraient faire exception à une anomalie morbide affectant tout le système nerveux des sens. L'insensibilité des aliénés à l'action des poisons, les doses énormes de médicamens supportées par eux, le ralentissement marqué dans leurs évacuations alvines, annoncent un ralentissement dans l'influx cérébral sur le tube alimentaire.

C'est donc à la torpeur des pneumogastriques que je rattache l'absence de réaction dans l'estomac, l'absence de toute appétence alimentaire, de toute faim, de tout symptôme d'irritation gastrique ; c'est à la torpeur des pneumogastriques que j'attribue l'absence des symptômes pulmonaires au milieu des désorganisations les plus considérables des poumons ; et c'est dans l'inertie morbide de ce système nerveux, ainsi que des nerfs spinaux, que je trouve l'explication d'une absence de fièvre au milieu des irritations, violentes parfois, qui ravagent les principaux viscères chez les aliénés ; plusieurs d'entre eux meurent sans avoir montré la moindre réaction fébrile, et dans ce cas sont ceux atteints de gangrène aux poumons. Or, si par l'application du cautère actuel le malade n'éprouve qu'une faible douleur, s'il fixe les yeux sur le soleil, si un bruit épouvantable frappe son oreille sans qu'il lui fasse détourner la tête, c'est que ces impressions ne sont que faiblement perçues par lui, et que par conséquent elles ne déterminent que des réactions faibles ou nulles dans les systèmes chargés de la conservation organique ; ainsi, le système cérébro-spinal ne réagit point parce que l'estomac ne lui transmet plus aucune douleur, parce que les poumons ne lui envoient aucun sentiment de gêne ou d'irritation ; et de là l'absence d'agitation, d'anxiété, de faim, de toux, de fièvre et de dyspnée. Toutefois, faisons observer que l'état d'engourdissement de ce nerf doit fortement contribuer à favoriser la congestion des poumons qui, dans tous les cas, semble précéder la désorganisation gangréneuse.

Les belles expériences du docteur Brachet ont jeté sur la question qui nous occupe de grandes lumières ; et je crois les observations que j'ai eu occasion de recueillir de nature à sanctionner les principes émis par lui sur les fonctions de la paire vague. Selon cet auteur, elle est non-seulement conductrice de la sensation de la faim, mais elle transmet encore au cerveau le sentiment de la plénitude stomacale; ce nerf communique à l'estomac, en très-grande partie, sa faculté contractile, tandis que les nerfs ganglionnaires président à l'exhalation, à la sécrétion des humeurs gastriques. C'est la huitième paire qui, indépendamment du besoin de respirer, renvoie au cerveau la gêne que font naître les mucosites bronchiques ou tout autre corps logé dans les voies aériennes; et c'est en vertu d'un stimulant résidant tantôt dans les poumons, tantôt dans l'estomac, que le système cérébro-spinal réagit et provoque l'expectoration ou le vomissement, et, dans les cas cités, le cœur n'a pas éprouvé un trouble très-sensible. Ceci confirme ce qu'a dit sur cet organe l'habile expérimentateur que je viens de citer, savoir, que le cœur est gouverné par le plexus cardiaque, et qu'il n'est pas, comme l'ont cru Willis et d'autres après lui, placé sous l'influence spéciale des pneumogastriques ; et que l'organe central de la circulation, alors qu'il cesse ses fonctions par la section de ce nerf, ne produit cet effet que par la suspension de la respiration et non par un influx direct de puissance nerveuse sur le cœur. Je suis toutefois porté à penser avec notre auteur que cet influx n'est pas nul tout à fait sur cet organe, et que c'est à la diminution de cette influence qu'il faut attribuer le ralentissement du pouls pendant le sommeil, et la lenteur de la circulation observée chez les aliénés dont nous venons de parler; et il ne répugne pas à la raison de croire que cette altération, en quelque sorte paralytique, doit contribuer à favoriser l'espèce de cyanose observée chez nos malades.

Cet état d'inertie de l'estomac demande, de la part du médecin, un choix spécial des alimens ; il doit surtout éviter d'avoir recours d'emblée à des substances alimentaires trop fortes, afin de ne point susciter un flux de ventre ou le vomissement. Le bouillon trop substantiel est dans ce cas ; le vin ne convient pas, mais le lait est souvent utile, pur ou mêlé à des jaunes d'œufs. A l'égard de ce dernier, j'ai dit que si l'usage en est prolongé longtemps, il donne à l'haleine une odeur repoussante. Cependant ces alimens, loin de produire généralement un effet de cette nature, sont d'une grande utilité. Ainsi je connais des cas où, pendant deux ans, je suis parvenu, au moyen de lait et de jaunes d'œufs, à conserver le malade en vie. Quelquefois il est avantageux de n'employer d'abord que le petit-lait ou bien de l'eau d'orge. En procédant avec constance, on parvient ainsi à réveiller dans l'estomac une sensibilité en quelque sorte éteinte, et plus d'une fois il m'est arrivé de voir l'opiniâtreté du malade se mitiger dès qu'il avait pris quelques cuillerées de lait ou de bouillon.

De ces considérations résulte un fait pratique important, c'est que la privation des alimens exerce sur le moral des aliénés une très-fâcheuse influence; ils deviennent de plus en plus taciturnes, les extrémités se raidissent, et souvent la mélancolie passe à l'état de manie ou d'extase.

En général la situation de ces malades s'améliore sous l'influence d'un régime restaurant.

Rien n'est plus nuisible que d'user de trop de condescendance. Les moyens de persuasion, toujours inutiles, font perdre un temps précieux. Il faut, dès que l'aliéné manifeste la moindre opposition, avoir recours à des mesures énergiques. D'ailleurs l'observation prouve que très-souvent, en peu de jours, ces aliénés parviennent à un rétablissement parfait par l'emploi de pareils moyens.

Avant de terminer ces considérations, je ferai une remarque concernant le pronostic de l'affection dont il s'agit : c'est que non-seulement on a l'espoir d'améliorer le moral du malade en surmontant sa résistance, alors que l'aliénation n'a point encore fait de grands progrès : mais qu'une guérison inespérée se déclare parfois sou-

dain, lors même que la déconsomption pulmonaire est parvenue déjà à son plus haut période ; ce dont les deux cas suivans font foi.

Obs. IV. — Marie de Leest, issue d'une famille qui compte un père, un oncle, et deux frères aliénés, se trouve atteinte, dans notre établissement, d'une profonde mélancolie. La malade est âgée de vingt-huit ans, et d'une complexion très-délicate ; cheveux blonds, yeux bleus, teint pâle, membres grêles. Après un séjour de deux mois, elle repousse ses alimens. Trois jours se passent sans que la malade prenne aucune nourriture. Peines, menaces, rien ne la détermine à manger. On emploie la force et cette manœuvre réussit deux fois ; mais elle prête bientôt une résistance violente, et en s'exerçant à contracter le pharynx, elle retient dans l'arrière-bouche le liquide qui ne tarde pas à s'écouler au dehors.

Il n'y avait d'ailleurs pas moyen d'introduire une sonde œsophagienne. Les jours se passent en efforts qui lassent la patience des servans, et on s'estime heureux à la fin, de pouvoir faire passer quelques cuillerées de bouillon. La couleur de la face ne tarda pas à porter le signe pathognomonique indiqué ; les forces déclinèrent, et après deux mois passés dans une abstinence complète, la malade, sans toux préalable, sans difficulté de respirer, expectora des crachats fétides, roussâtres d'abord et ensuite brunâtres. Elle ne prit plus aucun aliment ; car on n'osa plus renouveler les efforts employés, craignant de la suffoquer. A mon grand étonnement, elle se détermina spontanément à manger, et au bout de quelques jours, la couleur de la face, de rouge et bleuâtre qu'elle avait été, reprit sa pâleur habituelle ; l'expectoration sanieuse s'arrêta insensiblement, et la malade parvint ainsi à une convalescence parfaite qui lui permit enfin de quitter en 1829 notre établissement : mais elle y rentra en 1831. Cette fois son aliénation se caractérisa encore par un refus de manger et par une maladie pulmonaire ; mais à laquelle la malade succomba. L'ouverture du corps me fit voir une dégénérescence noire et fétide du poumon gauche.

Obs. V. — Un jeune homme fut atteint, à la suite d'un amour malheureux, d'une profonde mélancolie qui nécessita sa séquestration dans un établissement spécial. Depuis plusieurs semaines, il refusait de manger, et ce motif détermina les parens à le confier à nos soins. Nous pûmes, les premiers jours de son entrée, le déterminer à accepter quelques alimens solides ; mais le malade eut bientôt recours à un procédé qui paralysa tous mes efforts : il mangea les alimens qui lui furent présentés ; mais s'enfonçant le doigt dans l'arrière-bouche, il les vomit aussitôt : on lui mit la camisole et il s'exerça si bien à faire de grands efforts de respiration et à contracter les muscles abdominaux, qu'il parvint encore à rejeter les matières contenues dans l'estomac. Il continua ces désespérans procédés, pendant plusieurs mois, et dépérit à vue d'œil. Sa figure avait acquis une couleur de bière brune, et ses lèvres étaient livides : le dos se courba considérablement, l'haleine était d'une fétidité insupportable ; des crachats roussâtres furent expectorés avec une telle abondance, que le malade en rejetait au moins une pinte dans les vingt-quatre heures. Presque à l'agonie, il se détermina tout à coup à prendre du lait et du bouillon, après une menace qui lui fut faite de lui brûler la nuque avec un fer rougi au feu. Il fallut des efforts pour le faire continuer à manger, et son état physique n'offrit pendant longtemps aucune amélioration appréciable ; mais à la longue, la face reprit sa teinte habituelle ; la colonne vertébrale se redressa, et le malade gagna même de l'embonpoint ; toute expectoration cessa, et finalement ce jeune homme sortit de notre établissement dans un état de santé parfaite, tant au moral qu'au physique, après un séjour de onze mois. Jusqu'ici il n'a pas éprouvé de rechute.

Ces faits corroborent le pronostic de Laënnec, lorsqu'il dit que la gangrène des poumons n'est peut-être pas toujours au-dessus des ressources de l'art.

N° 4. — 23 Janvier.

Concours pour la chaire de clinique externe.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Leçons cliniques.*

La première épreuve de ce concours est finie ; les huit compétiteurs sont entrés dans la lice tour à tour ; et à part quelques hésitations dues à l'émotion, à l'inhabitude de semblables épreuves, tous ont tenu ce que promettaient leurs antécédens. Tous ont eu leur part dans les sympathies de l'auditoire ; des applaudissemens à toute outrance, soit comme honneur, soit comme encouragement.

Il semble dès lors que le compte-rendu de ces leçons soit une tâche à la fois facile et brillante pour l'écrivain, un mémoire attachant et instructif pour le lecteur. Il n'en est cependant pas ainsi ; et cette différence entre les résultats attendus et les résultats réels vaut bien la peine qu'on en recherche la cause. Certes, on aurait tort de s'en prendre aux concurrens, qui ont souvent tiré d'un sujet ingrat des ressources que nous n'osions espérer ; peut-être cela tient-il à la nature de l'épreuve elle-même.

Que demande-t-on avant tout à un professeur de clinique ? suffit-il pour occuper une des premières chaires de l'école de Paris, de savoir interroger un malade, parcourir tous ses organes, traduire aux yeux des élèves les symptômes les plus apparens, donner un nom à la maladie et y appliquer un remède ? Mais c'est ce qu'on exige de tout praticien ; et à ce compte, tout médecin ou chirurgien ayant un service d'hôpital pourrait se croire apte à remplir la chaire de clinique. Ou bien, la clinique n'étant après tout que la pathologie appliquée, faut-il que le professeur, après avoir fait l'histoire d'un malade, soit en mesure de discuter toutes les circonstances de cette maladie présente, les causes, les symptômes, la marche, le diagnostic, en rappelant,

selon que l'occasion s'en présente, les opinions, les doctrines, les discussions des anciens, les découvertes et les manières de voir des modernes? Sans doute alors le but réel de la clinique serait bien mieux rempli; sans doute alors chaque malade deviendrait un chapitre vivant de pathologie, que les élèves apprendraient à déchiffrer. Est-ce là tout enfin; et l'homme auquel on va donner une si haute position, des malades à son choix et à ses désirs, des élèves nombreux pour l'aider dans ses recherches, un auditoire empressé pour réveiller son ardeur et satisfaire son ambition de gloire; cet homme ne devra-t-il rien faire pour la science, et se bornant à enregistrer les progrès des autres, ne sera-t-il qu'un froid répétiteur? Mais en pathologie et en thérapeutique, à qui appartient et la vérification des opinions douteuses et le pouvoir de remplir les lacunes de la science, si ce n'est à la chaire de clinique? Nous l'avouons, il manquera quelque chose à notre avis au professeur de clinique qui ne réunira pas ces trois genres de mérite très-divers; et l'on a droit d'exiger qu'au premier et au plus facile de tous, il joigne au moins l'un des deux autres. Le grand chirurgien dont on se dispute la place, Dupuytren, possédait admirablement cette faculté de montrer, dans les faits en apparence les plus vulgaires, des rapports nouveaux, d'en faire jaillir des découvertes; et peut-être à ce titre n'a-t-il pas eu d'égal dans ce difficile professorat. Mais quoiqu'il lût beaucoup, je ne sais pour quelle raison il aimait peu à parler des travaux des autres; il laissait de ce côté quelque chose à désirer dans ses belles improvisations cliniques; et qui doute de ce que nous eussions tous gagné à entendre les idées d'A. Cooper, de Græfe, de Dieffenbach, pour ne rien dire de nos compatriotes, discutées et vérifiées au lit des malades par Dupuytren?

Jusqu'à présent, à part quelques exceptions rares, c'est sur ses traces que nos chirurgiens ont voulu marcher. Ils laissent volontiers l'étude pour la pratique; mais du moins, dans leur clientelle civile ou dans leurs services d'hôpitaux, ont-ils essayé de produire et d'appliquer quelques idées à eux, d'apporter leur part de matériaux au grand édifice de la science. La manière dont les épreuves du concours sont disposées annonce également qu'on leur demande compte à la fois de deux choses, et de l'habitude d'observer et de traiter les malades, et des clartés nouvelles qu'ils ont répandues sur leur art, et qui forment leurs titres antérieurs. Mais il y a ici une inégalité très-grande, si l'on ne compte pour titres antérieurs que les écrits; car Dupuytren, lors de son entrée à l'école, était fort léger de ce bagage; et il aurait une bien autre injustice encore à compter comme titres les années de pratique et de cours cliniques dans les hôpitaux, car ce serait jeter à l'ancienneté ce qui doit être le prix du mérite, d'après les promesses du concours. Il fallait un autre moyen de donner à ces athlètes en présence l'occasion de montrer leurs forces; on leur a donc fait faire une double épreuve de leçons cliniques. Mais il n'y a rien de si mesquin que les ressources qu'on leur offre pour ces leçons.

Les juges du concours se réunissent dans un hôpital; ils marquent deux malades dans une salle; puis on tire au sort le candidat auquel ces malades vont échoir. Or, si dans son service même on eût fait cette condition à M. Dupuytren, nous sommes convaincus que le sort eût fort bien pu lui donner deux malades sur lesquels il eût fait une leçon très-maigre. Mais il faut qu'un professeur connaisse tout! Nullement; cette loi n'est bonne tout au plus que pour les élèves. A eux seuls il appartient de connaître toutes choses également bien, parce qu'ils n'ont pas encore eu le temps d'en connaître bien aucune. La science est trop vaste pour être contenue tout entière dans une seule tête, quelque large qu'on la suppose; et c'est probablement pour que la clinique chirurgicale fût bien professée dans toutes ses parties, qu'on en a créé quatre chaires au lieu d'une. Chaque chirurgien, chaque professeur a ses études et son domaine à part; M. Sanson, la taille et l'ophthalmologie; M. Blandin, la rhinoplastie et les résections des métacarpiens; M. Jobert, les sutures des intestins; M. A. Bérard, l'emploi des affusions, et un peu, sans offenser M. Roux, la staphyloraphie. Ce n'est point sans doute ici un résumé de tous leurs titres; c'est un exemple des matières où ils peuvent parler d'abondance et apprendre quelque chose à l'auditoire attentif; et celui aux leçons de qui la foule accourra le plus sera certainement celui qui lui en apprendra davantage.

Nous voudrions que dans un concours d'une si haute importance, il y eut au moins une des épreuves cliniques où on livrât tout un service au choix des candidats, avec cette condition de se borner à faire l'histoire de deux malades. Si dans un service entier, un homme ne trouve pas deux maladies sur lesquelles il sache quelque chose de plus que ses confrères, ou bien il est trop jeune et il a besoin d'apprendre; ou bien il est incapable d'apprendre jamais. Le jour où les candidats d'un concours de clinique seront appelés à remplir une épreuve de ce genre, nous croyons fermement que l'on comptera dans l'auditoire autant de médecins que d'élèves; et les juges eux-mêmes seront moins disposés à sommeiller, ce qui, malgré toute leur bonne volonté, leur arrive quelquefois encore; ce jour-là il y aura profit pour nous et pour nos lecteurs à sténographier les leçons tout entières.

Pour le présent, ayant devant les yeux des notes pour huit leçons, et huit autres leçons toutes semblables qui nous menacent ensuite, nous n'osons vraiment pas en donner davantage qu'un sommaire. Tout le talent des orateurs ne parvient qu'à dissimuler en partie la stérilité du sujet; et l'auditoire, rempli au comble durant toute la durée de la première épreuve, a commencé à se dégarnir beaucoup au commencement de la seconde.

Le hasard a d'abord favorisé l'auditoire en donnant à M. Sanson une malade atteinte d'une ophthalmie. Ainsi, dans cette partie de sa leçon, le candidat a parlé de verve; causes, symptômes, diagnostic, traitement, il a tout discuté en homme maître de son sujet. En cherchant à préciser la nature de l'ophthalmie, il a passé

en revue les principales variétés admises par les ophthalmologistes allemands ; et comme la malade ne présentait pas un ensemble de symptômes aussi tranché que ceux qu'ils assignent à chaque variété, il en a conclu que l'ophthalmie était mixte. Il semblait donc que M. Sanson tombât d'accord de la réalité de ces descriptions puisqu'il les prenait pour types ; il est revenu sur cette question plus tard, laissant entendre qu'elles lui paraissaient fort douteuses ; mais obligé par le temps, a-t-il dit, d'en appeler aux souvenirs de ceux qui suivent son cours et qui savent bien quelle est son opinion. C'était ici ou jamais peut-être l'occasion de la professer et de la faire prévaloir ; et nous avons vivement regretté pour notre part cette prétérition. La malade porte en même temps une ulcération de la cornée transparente : M. Sanson établit à cet égard une distinction importante pour la pratique. Si l'ulcération existe avec ramollissement ou boursouflement de ses bords, il faut la cautériser avec le nitrate d'argent ; si elle est nette et à bords durs, la cautérisation serait contraire.

La seconde malade offre une luxation spontanée en haut et en arrière du fémur. M. Sanson l'attribue à la carie, sans autre distinction ; pense que la guérison aura lieu par ankylose, et est aussi bref sur le traitement. Des questions à l'ordre du jour actuel, savoir : si la prétendue carie est une ulcération ou une affection tuberculeuse ; si la tête fémorale est luxée réellement ou seulement rongée ; si la réduction a pu être quelquefois tentée avec succès, pas un mot ; nous avons noté cependant quelques idées ingénieuses, propres à M. Sanson, sur les causes de l'alongement apparent du membre ; comme elles ont été récemment publiées dans un travail de M. Boinet, inséré dans la Gazette médicale, nous y renverrons nos lecteurs.

M. Jobert avait à parler d'une exostose du tibia survenue chez un sujet scrophuleux, et d'un engorgement du testicule. Il a fait sur ses deux malades une leçon solide et essentiellement pratique ; mais une fâcheuse circonstance a pu contribuer à mettre dans son débit un peu de trouble ; à son arrivée à la tribune, les nombreux élèves qui ont profité de ses leçons ont sans doute voulu lui donner une preuve de reconnaissance en applaudissant ; une autre partie de l'auditoire a réclamé ; et c'est dans ces circonstances qu'il a pris la parole. Toutefois un beau dédommagement l'attendait à la fin de sa leçon, qui a été suivie d'unanimes applaudissemens.

M. Blandin est tombé d'abord sur un érysipèle phlegmoneux de la jambe. Les causes, la nature, les symptômes, il a tout exposé et discuté d'une manière qui a dû paraître neuve à la plus grande partie de l'auditoire. Adoptant les recherches anatomiques et les idées de M. Ribes. M. Blandin pense que les érysipèles en général au lieu de siéger dans les radicules veineuses, occupent les radicules lymphatiques. Dès lors, c'est en suivant le trajet de ces vaisseaux qu'ils s'agrandissent ; et il est remarquable, par exemple, que ceux des membres s'étendent presque constamment vers le tronc, précédés par un sentiment de douleur et une véritable irritation des troncs qui charrient la lymphe. De ces vues pathologiques découlent des corollaires thérapeutiques ; ainsi durant toute l'année dernière, M. Blandin a appliqué aux érysipèles des membres la méthode suivante : Au lieu de mettre des sangsues sur l'érysipèle même ou indifféremment à l'entour, il les place entre l'érysipèle et le cœur, pour arrêter ou prévenir l'inflammation des lymphatiques supérieurs, et limiter ainsi le mal. Des fomentations émollientes sur la peau enflammée, des incisions lorsque le pus est disséminé dans les mailles du tissu cellulaire, complètent à peu près le traitement.

L'autre malade porte au genou une tumeur blanche qui paraît avoir son siége exclusif dans les parties molles ; nous laissons de côté les symptômes et le traitement pour lequel M. Blandin se fie beaucoup aux sangsues en petit nombre et à la compression. Mais faut-il fléchir ou étendre le membre ? question importante et jusqu'ici assez mal résolue. Ceux qui veulent l'étendre redoutent l'ankylose et désirent procurer au malade les avantages d'un membre droit et assez long pour la marche. M. Blandin déclare que cette crainte est mal fondée ; depuis longtemps il cherche à constater la réalité de ces ankyloses dans les tumeurs blanches ; il n'en a pas encore rencontré un seul cas. En conséquence il préfère la position demi-fléchie, qui relâche à la fois et les muscles et les ligamens. On a pu reconnaître dans cette leçon l'esprit investigateur, l'indépendance et même, s'il nous permet de le dire, quelquefois la témérité d'opinions du chirurgien de Beaujon. M. Blandin sait à merveille presser les faits pour en tirer des conclusions souvent nouvelles, qu'il incline ensuite à généraliser ; mais cette tendance qui peut mener à des assertions trop exclusives, a au moins le mérite d'appeler l'attention et la discussion sur des questions qu'on croyait résolues. Ainsi nous ne pensons pas que l'ankylose soit une conséquence si rare des tumeurs blanches qu'on aurait pu l'inférer de la leçon de M. Blandin ; mais nous croyons parfaitement avec lui qu'on en a une crainte exagérée, et qu'elle manque dans le plus grand nombre des cas.

M. Guerbois a fait, sur deux affections d'une nature fort obscure et d'un diagnostic très-difficile, une leçon où l'on a reconnu le praticien expérimenté. Il n'a pas toujours obtenu de son auditoire l'attention, et, nous dirons plus, le respect qu'il avait droit d'attendre. D'où vient cette absence de sympathie entre ce candidat honorable et une assez grande partie de son auditoire ? nous croyons que la cause principale est celle-ci. M. Guerbois, depuis longtemps au moins ne s'est pas assez mis en communication avec les élèves ; il n'a point fait de cours publics : il n'a rien publié, gardant ainsi pour lui seul tous les fruits de sa longue expérience. Nous lui ferons d'autant plus volontiers ce reproche, que nous croyons savoir de bonne source que M. Guerbois a senti lui-même la nécessité de le repousser, et qu'il a sous presse en ce moment un volume de chirurgie.

M. Lepelletier avait un malade atteint d'un phlegmon

diffus, avec fistule et nécrose de la partie inférieure du bras et engorgement de l'articulation du coude; et un autre entré à l'hôpital pour une contusion violente au pied, suivie d'inflammation, d'engorgement des ganglions de l'aine, et peut-être d'une phlébite qui a aujourd'hui disparu. Le candidat a tracé avec vigueur et sagacité l'histoire de ses deux malades, exposé avec une clarté et une facilité d'élocution parfaites tout ce que les causes, les signes et le traitement offrent de digne d'être noté; et sa leçon a été vivement et justement applaudie.

M. Sédillot avait affaire en premier lieu à un cancer présumé du rectum chez une femme de 60 ans. Nous disons présumé, car le candidat a laissé quelque doute sur la nature réelle de l'affection. Bien que les limites du mal puissent être atteintes, il pense que l'âge de la malade est une contre indication à l'opération, et se borne à conseiller l'emploi des mèches et des bougies. Le second malade, par suite d'une contusion primitive à la jambe, offre aujourd'hui une nécrose et une fracture. M. Sédillot présume, sans oser l'affirmer, que la fracture a été primitive. La nécrose est très-étendue, et l'amputation serait indiquée s'il n'existait des indices d'une résorption générale purulente. Si d'ailleurs l'amputation était praticable, il faudrait la faire à la jambe, au-dessus du lieu ordinaire d'élection.

M. Laugier a eu à traiter une fracture du col du fémur et une orchite de cause vénérienne, sujets rabâchés s'il en fut jamais. Il s'en est cependant tiré avec honneur, bien qu'il ait quitté la tribune quelques minutes avant l'heure.

Enfin est venu M. A. Bérard, le plus jeune et non le moins redouté des concurrens. De petits bruits bien injurieux, répandus dès longtemps sur ce candidat, lui avaient préparé de la part de l'auditoire un accueil plus qu'indifférent; quelques sifflets, à la vérité promptement étouffés, avaient même parcouru la salle. On eût dit que M. Bérard s'y attendait; du moins, rien dans son geste ni dans sa parole n'a trahi ses émotions. La première partie de sa leçon a roulé sur un abcès de la partie supérieure et latérale du cou, vers l'angle de la mâchoire. Il a parfaitement traité ce sujet, à part peut-être une assertion que nous ne saurions admettre, savoir que l'engorgement qui accompagne ces abcès, se dissipe en deux ou trois jours. Notre expérience est ici bien contraire à celle de M. Bérard, car nous n'avons vu dans aucune autre région peut-être des engorgemens à la suite d'abcès aussi longs à se dissiper. Le second malade avait, près du sternum, trois tumeurs fluctuantes, dont l'apparition avait offert des phénomènes variés. M. Bérard a diagnostiqué hardiment une carie du sternum, un abcès ouvert dans la plèvre et constituant un empyème; et il a tracé l'histoire de ces lésions d'une manière aussi brillante et aussi complète que l'on pouvait le désirer. L'auditoire, malgré ses préventions, a été juste; et M. Bérard, reçu avec des sifflets, a été reconduit avec d'unanimes applaudissemens.

Telle a été la première épreuve, brillante pour quelques-uns, satisfaisante pour tous; et sans que la différence ait été si marquée; du moins entre les grands lutteurs, que les amis de chacun ne puissent au besoin élever leur candidat au niveau ou même au-dessus des autres. Garrottés dans les liens de cette étroite et mesquine épreuve, tous ont rempli en hommes de talent le rôle qui leur était imposé; et comme disait l'amiral Nelson après une bataille : *Chacun a fait son devoir.*

N° 5. — 30 JANVIER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Mémoire sur un entozoaire microscopique qui attaque les muscles du corps humain; par Richard OWEN, conservateur adjoint du muséum du collége des chirurgiens à Londres. Extrait des Transactions de la Société zoologique de Londres, vol. 1, 4e partie; par M. CUVIER fils. D.-M. P. (1).

De tous les entozoaires qui attaquent le corps humain, on n'en connaissait encore aucun qui fût d'une taille aussi petite ou qui se présentât en nombre aussi prodigieux que l'espèce dont il s'agit ici.

On apporta dans les salles de dissection le corps d'un Italien âgé de 50 ans, mort à l'hôpital Saint-Barthélemy; et un élève distingué, M. Paget, remarqua l'état particulier des muscles, qui semblaient semés de petits points blanchâtres. Déjà la même observation avait été faite à plusieurs reprises par M. Wormald, démonstrateur d'anatomie sur des sujets disséqués à l'hôpital Saint-Barthélemy. Il lui avait semblé rencontrer du sable sous son scalpel, et cette sensation, jointe à ce que ses instrumens étaient promptement émoussés, lui avait fait attribuer l'aspect particulier des muscles à un dépôt de petites molécules terreuses. J'exprimai le désir d'examiner ce fait, et l'on me procura bientôt, sur le sujet dont j'ai parlé plus haut, d'amples matériaux pour des recherches microscopiques.

Avec un pouvoir grossissant d'un pouce de foyer, on voit que les points blancs observés dans le muscle sont des kystes de forme elliptique, avec des extrémités effilées et plus opaques que le corps ou la partie moyenne du kyste, laquelle est, d'ordinaire, assez transparente pour laisser voir dans son intérieur un petit ver roulé en spirale. En séparant les trousseaux de fibres, on reconnaît que les kystes adhèrent au tissu cellulaire ambiant par toute leur surface externe, d'une manière un peu lâche par leur partie dilatée, et plus solidement par leur extrémités alongées, jusqu'à rendre en général assez difficile de les détacher. Placés

(1) Nous avions déjà donné, dans l'une de nos Revues anglaises de l'an dernier, quelques détails sur la découverte de M. Owen; mais il était important peut-être pour les pathologistes de recueillir toutes les données acquises jusqu'ici sur ce nouveau parasite du corps humain.

sur le micromètre, les kystes mesurent 1/50 de pouce dans leur plus grand diamètre, et 1/100 de pouce dans leur plus petit. Quelques-uns sont un peu plus grands, d'autres plus petits jusqu'à moitié des dimensions ci-dessus. Ils sont disposés en lignes simples, parallèles aux fibres musculaires, à des distances l'une de l'autre qui varient d'une demi-ligne à une ligne. Quelquefois on rencontre deux kystes, l'un grand l'autre plus petit, attachés par l'une de leurs extrémités, et l'on en voit aussi chevauchant un peu l'un sur l'autre. Si l'on fait sécher une portion mince de muscle, et qu'on la mette dans du beurre du Canada, entre une lame de verre et une lame de tale, les kystes deviennent plus transparens; et permettent de voir plus complètement le petit verre roulé qu'ils contiennent sous la lentille d'un foyer d'un demi-pouce; le ver paraît renfermé dans un espace circonscrit, d'une forme elliptique plus régulière que celle du kyste extérieur, comme si-celui-ci contenait une poche plus petite. Le ver n'occupe pas plus d'un tiers de cette dernière cavité. On a trouvé dans un petit nombre de ces kystes deux vers distincts, et le docteur Farre, qui s'est beaucoup occupé de ce sujet, m'a montré le dessin de l'un de ces kystes qui contenait trois vers distincts tous à peu près d'égale taille.

Les kystes varient de forme aussi bien que de taille; on les trouve plus ou moins alongés; leurs extrémités s'étendent plus ou moins loin; dans quelques cas il n'existe qu'une de ces extrémités; quelquefois on observe que l'une d'elles est dilatée et transparente, comme si une partie du grand kyste allait s'en détacher par une sorte de production gemmipare; et ces petits kystes terminans se présentent à différens degrés de grosseur, comme s'ils se trouvaient à des degrés différens de développement. Cependant je ne crois pas qu'il soit nécessaire pour expliquer le fait, d'admettre dans les kystes adhérens une vitalité qui leur soit propre.

Outre la taille et la forme, les kyste diffèrent encore dans leur structure, en général ils sont composés de lames condensées de tissu cellulaire; mais quelques-uns sont durcis par le dépôt de quelques sels terreux, de manière à résister au scalpel et à produire, quand on les brise entre les doigts, la sensation d'une substance sablonneuse.

Pour extraire le ver du kyste, ce que la petitesse de son volume rend assez difficile, j'ai trouvé préférable d'agir sur une portion de muscle qu'on plonge pour peu de temps dans l'alcool. Après avoir séparé le kyste des trousseaux de fibres qui l'enveloppent, l'avoir mouillé d'un peu d'eau placé sur une lame de verre, j'ai en général réussi à en faire sortir le ver et le liquide dans lequel il flotte, en pressant un peu sur le kyste après en avoir coupé une extrémité ou l'avoir ouvert avec la pointe d'une aiguille.

Le petit ver est le plus souvent roulé en une spirale de deux tours ou trois tours et demi. Quand on le redresse, il a de 1/25 à 1/30 de pouce en longueur, et de 1/700 à 1/800 de pouce de diamètre. Il faut donc, pour l'examiner un très-fort grossissement. Il est cylindrique et filiforme, avec chacune de ses extrémités obtuses; celles-ci sont d'inégale grandeur. L'animal va en diminuant vers l'une dans le cinquième environ de sa longueur, mais il conserve son diamètre ordinaire jusqu'au bout de l'extrémité opposée. Ce n'est qu'à cette plus grande extrémité qu'il m'a été possible de distinguer quelques traces d'un orifice. Mais ces traces se sont retrouvées si constamment dans un grand nombre d'individus, de quelque façon que j'aie varié la manière de les examiner, que je n'hésite point à attribuer à la grande extrémité, que je considère comme la tête, une grande bouche transverse et linéaire.

Un ver récemment extrait, vu au moyen d'un bon instrument, et avant qu'aucune évaporation ait pu altérer son enveloppe, présente une peau extérieure lisse et transparente, renfermant un parenchyme ou substance granulée et floconneuse; et après avoir attentivement examiné tout ce qui, dans certains cas, avait pu présenter l'apparence d'une organisation plus compliquée, je crois que la seule structure que l'on puisse avec certitude attribuer à ce petit entozoaire, est la structure simple que je viens de déduire. Son tissu n'est pas résistant, mais il est très-fragile et offre, quand il est déroulé, quelque tendance à prendre jusqu'à un certain point sa première forme.

Il est curieux de suivre le grand nombre d'apparences trompeuses qui se succèdent à mesure que le ver se dessèche par l'évaporation. L'une des plus constantes est une suite de petites rides transverses, surtout dans les concavités des replis, et qui donnent au ver l'aspect d'un animal finement annelé, mais dont on ne trouve aucune trace dans les individus frais, étudiés avec un instrument suffisant. Un autre phénomène, dont il est plus difficile de se rendre compte, est l'apparition d'une et quelquefois de deux lignes longitudinales sur une étendue plus ou moins grande du corps; mais ces lignes ne se voient point sur des vers qu'on examine dans les circonstances où il n'y a pas de cause d'erreur. A mesure que l'évaporation se continue, les tégumens se froncent de manière à faire croire que le corps renferme de petits tubes tortueux; c'est là un fort bel effet microscopique, mais on en reconnaît facilement la cause et l'illusion qui en résulte.

On ne pouvait ici trouver, dans la coloration des alimens, le moyen de déterminer la forme des organes digestifs. Rien n'indiquait la structure polygastrique, et rien ne portait à la supposer; car elle n'existe pas dans les infusoires entozoïdes qui ressemblent le plus à l'espèce parasite qui nous occupe. Rien n'indiquait non plus la présence d'un canal alimentaire flottant dans une cavité viscérale et distincte de l'enveloppe du corps, comme dans les entozoaires nematoïdes les plus élevés; je n'ai vu aucune trace d'un orifice ou anus à la plus petite extrémité. Il m'a été également impossible de découvrir, à l'une ou l'autre extrémité, quelque *spiculum* ou crochet saillant; ni rien qui pût faire croire que l'animal avait été détaché d'un kyste. La transparence naturelle de cette espèce est telle, qu'on ne saurait douter qu'elle manque et des tubes ovariques et séminaux, et des autres caractères qu'offre la struc-

ture compliquée des *filaria*, des *ascaris* et en général des entozoaires nematoïdes.

Après cette description, l'auteur se livre à l'examen de la place qu'il conviendrait de donner à cette nouvelle espèce dans les classifications. Mais comme des observations subséquentes semblent devoir modifier quelques-unes de ses idées sur son organisation, il serait peu utile de reproduire cette partie de son mémoire. Il donne à l'animal le nom et les caractères suivans.

GENUS TRICHINA.

Animal pellucidum, filiforme, teres, postieè attenuatum; os lineare; anus nullus; tubus intestinalis genitaliaque inconspicui. (In vesicâ externâ, cellulosâ, elasticâ, plerumque solitarium.)

TRICHIA SPIRALIS.

Trich, minutissima, spiraliter rarò flexuosè incurva; capite obtuso; collo nullo; caudâ attenuatâ obtusâ. (Vesicâ externâ, ellipticâ, extremitatibus plerumque attenuatis, elongatis). Hab. in hominis musculus (præter involutarios), per totum corpus diffusa, creberrima.

Les notes suivantes, recueillies sur le sujet qui a présenté ce singulier parasite, ont été communiquées à l'auteur par le docteur Roupell, médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy.

« Paolo Bianchi, Italien, âgé de 50 ans, ayant le teint pâle, les cheveux et les yeux noirs, entra dans mon service le 4 décembre 1834. Il était alors amaigri et faible, sa démarche était incertaine, et son regard éteint. Il avait de l'œdème aux jambes; son urine contenait de l'albumine; elle était claire et laissait à l'évaporation un résidu comme de la thériaque. Le malade avait des douleurs dans le dos. Son appétit était dérangé, et son foie s'étendait au delà de ses limites naturelles. Il toussait, mais sans qu'il y eût rien de pénible dans la respiration ou dans l'expectoration. L'auscultation fit reconnaître de la pectoriloquie au sommet des poumons; il y avait du dévoiement. Le traitement général consista à relever les forces au moyen des toniques et des sédatifs, et d'un régime nourrissant sans être excitant; on appliqua des sangsues aux reins; pendant quelque temps le malade sembla mieux; son œdème disparut, et il reprit assez de forces pour pouvoir se lever et s'habiller. Mais l'appétit se perdit tout à coup; la diarrhée augmenta; l'abdomen devint tendu et douloureux; les selles furent rendues involontairement et contenaient du sang, et le malade mourut le 29 janvier 1835 dans un état de faiblesse et d'amaigrissement extrêmes. On n'avait observé aucune éruption sur la peau, et la faiblesse musculaire n'avait pas paru plus grande que celle qui accompagne d'ordinaire les lésions auxquelles le malade a succombé.

» On en fit l'autopsie 36 heures après la mort. On trouva des excavations tuberculeuses au sommet des deux poumons, et des tubercules disséminés dans les autres lobes; les reins présentaient à un haut degré l'altération décrite par le docteur Bright. Le foie était volumineux et gras; la membrane muqueuse des petits intestins était ulcérée dans une grande étendue. »

Environ quinze jours après l'ouverture de ce sujet, on en apporta dans les salles de dissection un autre atteint de la même affection. Je dois à M. Paget, qui avait le premier observé les parasites sur l'individu italien, les renseignemens suivans :

Le second cadavre était celui d'une pauvre femme irlandaise, qui avait été pendant six semaines dans le service de M. Lawrence. Elle était morte dans un état d'émaciation extrême, produite par un large ulcère situé au-dessous du genou, et qui avait dénudé une grande partie de la tête du tibia. Elle avait eu par moment une diarrhée violente et des vomissemens réitérés.

Pour ce qui est du siége des trichina, on les rencontre dans tous les muscles volontaires, et dans ceux qu'on a nommés demi-volontaires ou respiratoires, comme le diaphragme. M. Wormald les a découverts dans les petits muscles du tympan; il y en avait jusqu'à 25 dans le *tensor tympani*. Je n'en ai trouvé aucun dans la tunique musculeuse des intestins, non plus que dans le *detrusor urinæ* ou dans la substance du cœur.

M. Owen dit avoir retrouvé dans cette nouvelle espèce cette persistance de l'irritabilité que Rudolphi et d'autres ont déjà observée dans beaucoup d'entozoaires, et qui résiste, soit à la mort du corps où ils sont logés, soit à l'action d'un froid intense et d'une chaleur très-élevée.

M. Owen développe ensuite les raisons qui l'empêchent de considérer les *trichina spiralis* comme un cysticerque, ainsi que paraît l'avoir fait le premier, M. Hilton, démonstrateur d'anatomie à l'hôpital de Guy. (*Medical Gazette*, for february, 1833, p. 605.)

Il s'appuie sur la structure et le mode d'adhérence des kystes, et sur l'absence de tout lien organique entre la poche et le ver qu'elle contient.

Aucune douleur et aucun symptôme n'ont conduit, dans les deux cas ci-dessus rapportés, les médecins à soupçonner l'état du système musculaire que l'autopsie a fait connaître; et il est vraisemblable que, dans les cas de ce genre, le malade lui-même n'a point conscience de la présence de ces parasites.

Ce mémoire était écrit au mois de février 1834. Au mois de novembre dernier, on a rencontré dans les salles de dissection de l'hôpital Saint-Barthélemy un nouvelle exemple de la présence, dans le système nerveux musculaire, de ce singulier parasite. Le nombre, dit M. Owen, en est encore plus considérable, si cela est possible, que dans les deux cas déjà rapportés, chacun des muscles volontaires étant farci de ces petits kystes blancs où le ver est renfermé. Ces kystes diffèrent de ceux que j'ai examinés jusqu'ici, en ce qu'ils sont plus opaques et plus crétacés, de façon que le simple examen extérieur, ne laisse rien soupçonner de la présence du ver à l'intérieur. Les cas où deux vers se rencontrent dans un kyste sont plus communs sur

ce sujet que sur les précédens. Les trichina m'ont paru plus vivans que je n'en avais encore vu, et toujours ils m'ont présenté un point opaque ou foncé, à environ un cinquième de la longueur totale, en partant de la tête. En brisant en deux les individus récemment extraits, j'ai remarqué sur plusieurs une rétraction de la peau extérieure, qui laissait saillir la substance qu'elle enveloppe.

Le docteur Farre, qui a remarqué les mêmes phénomènes sur plusieurs trichina de ce même sujet, pense que cette substance saillante est le canal alimentaire. Je n'en ai pas encore pu reconnaître la structure tuberculeuse.

Dans un cas, le point foncé faisait partie de cette substance saillante. Serait-ce l'ovaire? S'il était établi que les trichinæ ont un canal alimentaire distinct du tégument externe, ils se placeraient dans l'échelle plus haut que je ne l'avais pensé, et formeraient un genre dans la famille des *cœlelminthæ*. Cependant je n'ai encore, dans aucun cas, vu de trace d'un orifice excréteur ou anal.

M. Owen a joint à son mémoire une planche qui représente l'état particulier des muscles attaqués, les différentes formes du kyste et celles du ver qui y est contenu.

Dans une lettre particulière de la fin de décembre, M. Owen annonce qu'il a déjà rencontré les trichina dans quatorze cas, différens sous le rapport de la maladie, de l'âge, du sexe et du tempérament des sujets qui en étaient attaqués. L'un était Italien, et tous les autres Anglais. Le seul phénomène constamment lié à la présence de ces parasites, est une grande prostration. M. Owen exprime l'espoir que ses observations seront bientôt confirmées par les pathologistes français; et il n'y a pas à en douter, à moins que le développement de ces animaux ne tînt, ce que rien ne semble encore indiquer, à des circonstances locales.

Un mot de phrénologie à propos de Lacenaire et d'Avril.

Les phrénologistes, et nous entendons par là ceux pour qui les spéculations de Gall et Spurzheim ne sont pas un simple objet d'étude et de recherches, mais un article de foi scientifique, ne tarderont pas sans doute à mettre au jour leurs commentaires sur les têtes de ces deux scélérats. Quelques-uns même se sont déjà prononcés, et n'ont eu, comme de coutume, qu'à se louer du résultat de leurs observations. Cette conclusion ne nous étonne point. L'histoire de toutes les sciences occultes et mystérieuses dans l'antiquité et dans le moyen âge, nous fait parfaitement comprendre comment des centaines de doctes personnages et même des gens d'esprit peuvent être la dupe d'une mystification scientifique, quelque grosse qu'elle soit. Or, la phrénologie est une des sciences occultes de notre siècle, qui en a plusieurs autres encore, car aucune époque n'en a manqué. La phrénologie figure à côté de la vraie philosophie et de la vraie physiologie, comme l'homœopathie à côté de la véritable médecine; c'est une science à part qui a des formules, des règles, une organisation spéciales; il faut pour la connaître et la pratiquer subir certaines initiations, rompre toute communication avec le *vulgum pecus* scientifique, et adopter de confiance un credo particulier. Ses partisans ne sont pas des philosophes, ni des physiologistes; ce sont des *phrénologues*, de même que les sectaires d'Hahnemann ne sont pas simplement des médecins, mais des homœopathes; ce qui est bien différent. Les uns et les autres vivent isolés, au milieu de la république savante, comme les francs-maçons au sein de la société générale. Personne ne sait au juste ce que ces gens font, ni ce qu'ils savent, ni ce qu'ils veulent, ni ce qu'ils peuvent. La foule les admire d'autant plus qu'elle les comprend moins; les vrais savans les dédaignent, les habiles s'en moquent. Ils ont d'ordinaire la vogue d'une mode nouvelle et durent à peu près autant. Les analogies déduites de l'histoire générale de l'esprit humain nous autorisent donc de reste à considérer la phrénologie comme une de ces sciences dites occultes, qui, il y a quelques siècles, occupaient les meilleurs esprits. Les formes et le langage seuls ont changé; le fonds est resté le même.

Nous ne pouvons en conséquence nous étonner ni que le système phrénologique ait des croyans, malgré son absurdité intrinsèque, ni que les phrénologistes continuent à proclamer leur infaillibilité, malgré les faits écrasans qui la démentent. Tout cela est parfaitement dans l'ordre. Dieu merci, nous sommes en fonds de patience et de tolérance à cet égard. Nous sommes trop accoutumés à leur manière de traiter les faits, pour douter qu'ils ne tirent un parti admirable des nouveaux crânes que le glaive de la justice leur a dévolus. Quand ils ont prétendu, en dépit de nos mesures et de nos raisonnemens qui nous paraissaient et nous paraissent encore sans réplique, que la tête de Napoléon déposait en faveur de déterminations crânioscopiques, ils ont prouvé qu'ils étaient capables de tout en matière d'interprétation. Pourquoi donc se mettraient-ils moins à l'aise avec deux ignobles coquins qu'avec un grand homme?

D'après les phrénologues, le crâne de Lacenaire est ce qu'il doit être; celui d'Avril ne pouvait être que ce qu'il est; bref, ils sont parfaitement contens de l'un et de l'autre. Que les têtes de ces deux hommes soient ce qu'elles devaient être, c'est là une vérité incontestable: et quand les phrénologistes ne le diraient pas, nous n'en serions pas moins sûrs; mais qu'elles soient favorables au système, c'est ce qu'eux seuls peuvent soutenir. Le fait est que si ces deux têtes eussent été modelées tout exprès pour dérouter la phrénologie, elles ne rempliraient pas mieux cet office. Nous n'avons certes pas l'intention de développer longuement notre opinion. Quand il s'agissait de Napoléon, on pouvait, en faveur du sujet de l'observation, perdre son temps à démontrer des choses claires comme le jour; mais il nous répugnerait d'entrer trop avant dans la vie de ces deux misérables, dont on n'a déjà que trop parlé. Nous nous bornerons donc, pour le moment, à opposer assertion à assertion. Tous ceux qui se donneront la peine d'examiner les faits pendant

un quart d'heure avec de bons yeux et une disposition d'esprit impartiale, se convaincront qu'ils démentent de tous points la doctrine. Il nous suffira, pour leur faciliter cet examen, de faire quelques rapprochemens entre les deux têtes, et de leur signaler en peu de mots les traits distinctifs de l'une et de l'autre.

Mais avant de commencer cette très-ennuyeuse analyse, il n'est pas hors de propos peut-être d'éclaircir une question préjudicielle que les phrénologistes ont mise, dit-on, en avant, et dont ils font grand bruit; mais qui, loin de nous embarrasser, comme ils s'en flattent, est toute à notre avantage. L'avant-dernier numéro de la Gazette médicale contenait une courte note dans laquelle il était dit, en quelques lignes, que les têtes d'Avril et de Lacenaire étaient configurées au rebours des prévisions phrénologiques, et entre autres singularités, on signalait sur le frontal de Lacenaire les facultés de la bienveillance et de la théosophie. Là-dessus grande rumeur et grande joie. On a pris la tête de l'un pour celle de l'autre, s'écrie-t-on; on a donné à Lacenaire le bien d'Avril et réciproquement; on n'a qu'à presque tout remettre en place, et les objections tombent d'elles-mêmes. A cela nous répondons deux choses: 1° que la confusion des deux têtes n'a pas eu lieu, et que tout ce qui a été accordé à Lacenaire lui appartient légitimement; 2° que si Avril est pourvu des mêmes facultés bienveillantes et religieuses que son complice, et il est juste d'avouer qu'il y a peu de têtes de saints, en y comprenant même celle de saint Bruno, qui offrent un si beau développement de ces organes d'élite, l'objection n'en est que plus forte; car en ce cas, quelque nom qu'on inscrive au-dessous des têtes, chacune se trouvera en désaccord avec le moral connu et bien prouvé des deux personnages. Ainsi, en laissant aux phrénologistes eux-mêmes le choix des noms, ils n'en seraient pas plus avancés.

Quoique nous n'ayons jamais vu ni l'un ni l'autre de ces misérables pendant leur vie, nous sommes cependant certains de ne pouvoir pas les confondre. Lacenaire, d'après les récits imprimés et publiés de gens qui l'ont fréquemment visité après sa condamnation, avait les yeux petits, le nez un peu recourbé, une moustache noire et des favoris de même couleur; Avril ne portait ni favoris ni moustache. Les premiers plâtres sortis du moule, pris sur la tête de Lacenaire immédiatement après la décapitation, ont conservé sur la lèvre supérieure et le long des joues un assez grand nombre de poils. Son identité est suffisamment démontrée par toutes ces circonstances, et nous pouvons procéder à notre examen en toute sûreté de conscience, sans crainte de calomnier ou de flatter l'un ou l'autre de ces deux hommes célèbres.

Le moral de ces deux êtres est suffisamment établi. Toute l'histoire de leur vie déroulée dans les débats du procès, leurs discours et leurs écrits, les notices publiées sur leur compte, nous les ont fait complétement connaître. Lacenaire surtout a été étudié et analysé avec une curiosité toute particulière. On n'a pas voulu laisser perdre à la postérité une seule de ses paroles, un seul de ses gestes, une seule de ses pensées.

Lacenaire était assassin et voleur de profession; il a déclaré avoir participé à sept assassinats suivis de vols, et commis une trentaine de faux en écriture. Il professe l'athéisme et en général la philosophie du marquis de Sades, qu'il met en pratique. Il affirme qu'il n'éprouve ni regrets, ni remords, et qu'il recommencerait sa carrière de meurtres et de rapines si on brisait ses fers. Libre de choisir une vie selon son goût, il choisirait celle d'assassin et de brigand, car il est misanthrope par système, et d'ailleurs ce qu'on appelle le crime sied mieux à un homme de sa trempe que cette hypocrisie qu'on appelle la vertu. Il s'énorgueillit de ses vices et de ses forfaits. Il prétend que *tuer sans remords* est sur cette terre le souverain bien si vainement cherché par les philosophes. Il parle avec exaltation de la guillotine, qu'il appelle sa fiancée; il la chante en vers et en prose, et puis, quand il la voit face à face, il prouve qu'il n'était qu'un misérable comédien. Dominé par les appétits les plus brutaux, il se vautre dans les orgies et dans la crapule. Ses goûts sont tous de la dernière bassesse; le beau, le bien, lui sont antipathiques en toutes choses, même dans les plus indifférentes. S'il fume, il préfère le tabac le plus grossier; il n'aime que les femmes laides et les prostituées. Compromis dans une affaire de mort, il dénonce ses complices sous prétexte de représailles, et ne pouvant les tuer de sa main, il veut avoir la joie de les voir mourir sous celle du bourreau. Parmi les qualités dont il se vante, il met en première ligne l'instinct de la vengeance, qu'il décore du nom d'énergie et de courage, et flétrit le pardon comme une lâcheté. La lâcheté pour lui est le seul vice moral qu'il veuille bien honorer de ses mépris; mais il classe parmi les lâches tous ceux qui ne tuent ni ne volent, prétendant que s'ils s'en abstiennent, c'est par crainte des supplices et non par vertu. Il passe les derniers jours de sa captivité à boire et à s'enivrer, à faire des vers et à expliquer sa philosophie à ses visiteurs. Il n'a jamais aimé personne, pas même sa mère; pas une seule femme; il n'a pas eu un seul ami. Cette espèce de monstre moral ne manque pourtant pas d'intelligence, d'esprit, de sens et de talent. Il fait des vers passables, comme il le dit lui-même; il parle avec facilité et une certaine élégance: il possède quelque instruction classique; son esprit est fin, logique et ferme. Raisonneur habile, il manie ses atroces sophismes avec adresse et une abondance de formes qui impose; sa conversation est abondante, animée, caustique. Dans son procès, il a déployé beaucoup de tenue, de sang-froid, une mémoire sûre, une présence d'esprit rare. Son esprit, en un mot, était assez élevé pour faire regretter qu'il l'ait mis au service de passions si abominables. Du reste, la nouveauté d'un véritable brigand bel-esprit, poète et philosophe, et tel enfin qu'on n'en voit guère que sur les théâtres et dans les romans, a pu ajouter beaucoup à l'impression produite par Lacenaire. Dans le monde, il serait resté peut-être un homme ordinaire; à Bicêtre, à Poissy et sur le banc des assises, il a dû être remarqué.

Son complice Avril a les mêmes propensions au vol et à l'assassinat; c'est aussi un brigand de profession. Il a passé sa vie dans les prisons, dans les orgies, dans les meurtres, et l'a terminée comme l'autre à l'échafaud. Son esprit est nul ou à peu près; il n'a ni instruction, ni capacité naturelle. Celui-ci ne philosophe pas; il ne fait pas de vers; il se contente de voler pour avoir de l'argent et de tuer pour empêcher que les volés ne parlent. Sa théorie ne va pas plus loin. Loin de faire parade de ses crimes, il cherche à se justifier; attaqué il se défend de son mieux. Il admire et craint beaucoup *monsieur* Lacenaire, dont il reconnaît sans peine la supériorité; il n'affecte pas de l'amour pour la guillotine; il la redoute, au contraire, et fait tout ce qu'il peut pour l'éviter. C'est un voleur et un assassin vulgaire, connaissant son Code et agissant en conséquence. Il ne vise pas à l'effet, et l'opinion du public sur sa personne lui importe beaucoup moins que celle des jurés. Mais une fois condamné, tandis que cet autre insolent sophiste blasphème et fait des bravades, Avril prend son mal en patience et profite aussi bien qu'il peut des douceurs qu'on ne refuse point à des malheureux qui n'ont plus que quelques jours à vivre. Enfin, quand le moment fatal approche, Avril se repent, se résigne, il écoute les paroles de consolation et d'espérance qu'on lui adresse. Il s'avoue coupable; il reconnaît la justice de son châtiment, et il porte sa tête sur l'échafaud avec calme et naturel, tandis que son compagnon, l'acteur principal de cette affreuse tragédie, ne joue qu'à moitié le rôle qu'il s'était donné, et que, pour l'honneur de l'humanité outragée, il n'était pas en état de soutenir.

Pour récapituler en quelques mots les traits saillans de ces deux tableaux, nous trouvons dans Lacenaire des facultés d'intelligence et de raison assez élevées, un esprit cultivé et quelque talent littéraire joints à tous les penchans, à tous les instincts les plus pernicieux et les plus dégradans, et à une absence complète de tout sentiment moral, de toute qualité sociable et humaine. C'était l'âme de la bête unie à l'intelligence de l'homme.

Dans Avril il y a absence d'intelligence, d'esprit, de talens et d'éducation; il a toutes les mauvaises passions de l'autre, mais elles sont moins hideuses, parce qu'elles sont plus aveugles et plus fatales; il lui reste toutefois quelque chose d'humain. C'est l'homme rabaissé à la condition de la brute.

Voilà les portraits moraux. Ils sont forts imparfaits sans doute, mais néanmoins assez d'accord avec l'opinion générale pour n'être pas dénués de ressemblance. Or, cette ressemblance approximative nous suffit. Voici maintenant les portraits physiques. Les phrénologistes en feront ce qu'ils pourront. Nous les livrons sans autres commentaires à ceux de nos lecteurs qui n'ont pas l'occasion de voir les originaux.

MESURES PRINCIPALES DU CRANE.	LACENAIRE.		AVRIL.	
Circonférence horizontale,	20 p.	9 lig.	22 p.	» lig.
Demi-circonférence longitudinale, (de la racine du nez à la partie inférieure de l'occipital, passant par le vertex),	12	8	14	9
Diamètre longitudinal (de la racine du nez à la crête occipitale),	7	1	7	7
Diamètre vertical (mesure très-incertaine),	3	9	4	3
Diamètre transversal,	5	11	5	10
Demi-circonférence transversale (d'un conduit auditif à l'autre passant par le vertex),	12	2	12	9
Angle frontal,	67 degr.		71 degrés.	

Nous ne garantissons pas l'exactitude absolue de ces mesures; avec des moyens plus parfaits que ceux qui ont été à notre disposition, on arrivait à des résultats plus précis peut-être, mais qui ne changeraient rien aux conclusions à tirer. Le rapport d'une tête à l'autre est d'ailleurs suffisamment juste.

Nous livrons l'évaluation de ces mesures, en tant qu'elles peuvent avoir une signification physiognomonique, à nos lecteurs. Nous nous contenterons de remarquer que la tête d'Avril est plus développée que celle de Lacenaire dans tous les diamètres, un seul excepté qui est le diamètre transversal, aux extrémités duquel sont attachés les instincts du carnage et de la rapine. Il est vrai que Lacenaire n'a guère sur Avril que l'avantage d'une ou deux lignes.

Il importe aussi de noter que l'angle frontal du stupide Avril est de quatre degrés environ plus ouvert que celui du savant et spirituel Lacenaire. Or, on sait que l'angle frontal est un des moyens employés pour mesurer le développement du front, qui est, dit-on, le siége de la raison et de l'intelligence.

Passant maintenant aux déterminations phrénologiques de détail, voici ce que nous trouvons.

Dans Lacenaire, le développement prononcé de la destructivité; organe de la ruse (sécrétivité) presque effacé; celui de la convoitivité (ou vol) manquant complétement; celui de la circonspection (prudence, etc.), à peu près nul; courage (combattivité), médiocre; penchans érotiques faibles. Quant aux facultés intellectuelles, on a vu déjà que le front était peu saillant et des plus ordinaires. En suivant la ligne médiane et allant de bas en haut, on trouve, vers la jonction des pariétaux et du coronal, la *bienveillance*, et un peu au-dessus la *théosophie* (disposition religieuse), cette dernière surtout fort visible; plus loin encore et plus haut, la fermeté, située entre les deux organes de la *justice* (sentiment du juste et du devoir, conscience morale), fort apparens.

Nous négligeons tout le reste : ceci nous suffit. Nous voulons constater seulement que Lacenaire, voleur, athée, sans pitié, sans remords, monstre d'immoralité par tempérament et par système, porte sur son crâne les signes distinctifs d'un homme violent, mais probe,

d'un cœur passionné, mais bienveillant, d'un caractère ferme, mais juste et religieux. Les phrénologistes noteront les organes favorables au système, et ils en trouveront quelques-uns, entre autres l'*idéalité* et la *destructivité*. Mais la présence de ceux que nous citons, et l'absence de quelques-uns qui devraient y être, infirment de plein droit toutes leurs conclusions. Ici, en effet, les faits négatifs sont tout, et les autres rien.

Chez Avril, les penchans sanguinaires, ceux du vol et de la ruse sont inappréciables; en revanche, ceux de la bonté, de la théosophie, de la justice, sont d'une dimension peu commune, et à tel point qu'ils dominent tous les autres. Une tête pareille ferait honneur à un saint; elle était pourtant sur les épaules d'Avril. Le front petit, quoique plus saillant et plus haut que celui de Lacenaire. Nous omettons la foule des petits détails pour abréger.

Quant à la face de ces deux êtres, sans nous piquer d'être physionomistes, nous dirons que Lavater aurait trouvé sur celle de Lacenaire de l'impudence, de la finesse, de la sensualité, de la vivacité, le tout joint à quelque chose de bas et d'ignoble tout-à-fait spécifique. Avril a une figure de bon homme : ses traits respirent la douceur, le calme et les sentimens innocens déjà si bien tracés sur son crâne. Lacenaire avait bien raison de dire, en parlant d'un phrénologiste qui était allé le visiter : « Si ce docteur touchait la tête d'Avril sans le connaître, il le prendrait pour le plus honnête homme du monde, et cependant c'est un fieffé coquin. » Jamais les apparences n'ont été plus trompeuses. Lavater et Gall y auraient été pris également.

Nous en avons plus dit encore sur ce sujet que nous ne voulions. Nous espérons n'être pas forcés d'y revenir.

Observation d'une grossesse extra-utérine; gestation des neuf mois complète; mort de l'enfant; guérison de la femme, le produit de la conception étant resté dans l'abdomen.

Rosalie Capon, âgée de 44 ans, d'un tempérament lymphatico-bilieux, réglée à 14 ans, n'ayant jusque-là éprouvé aucune maladie particulière, se maria à 24 ans et eut successivement, dans l'espace de deux ans et demi, deux enfans et une perte. De ces deux enfans, le premier vécut trois mois et le second quatorze. Restée veuve pendant deux ans, elle se remaria au sieur De la Chambre, et fut près de treize ans et demi sans nouvelle apparence d'enfans.

Vers la fin de novembre 1827, ayant éprouvé huit jours de retard dans le flux périodique, elle ressentit des douleurs lombaires et abdominales jusqu'alors inconnues. Soupçonnant un commencement de grossesse, elle fit demander la dame Carbonnier, élève de la Maternité. Celle-ci crut devoir pratiquer une saignée, et prescrivit la diète et des bains de siége. Les douleurs du ventre persistèrent; il y eut accablement général et impossibilité de sortir du lit pendant six semaines environ. Pendant cet intervalle, les règles reparurent; elles coulèrent abondamment à plusieurs reprises, et ne cessèrent que vers le mois de janvier suivant 1828.

Plus tard, la sage-femme toucha de nouveau, sentit le ballottement, et déclara positivement que la femme était enceinte. La santé de la malade resta chancelante; elle éprouvait des douleurs de reins très-fréquentes qui la fatiguaient beaucoup.

Vers le mois de juin, le ventre avait pris l'ampleur qu'il a ordinairement à sept mois de gestation. L'utérus (on ne soupçonnait pas alors une grossesse extra-utérine) semblait être développé régulièrement. Les mouvemens de l'enfant se percevaient à l'extérieur; alors nouvelle apparition des règles pendant quinze jours.

Le développement du ventre et des mouvemens de l'enfant allèrent progressivement en augmentant jusque vers le 10 septembre, où sans cause connue les mouvemens, après avoir été beaucoup plus violens que de coutume, cessèrent tout à coup. La dame Carbonnier appelée pour la troisième fois, laissant des doutes sur la vie de l'enfant, annonça un accouchement certain sous peu de jours. Le col de la matrice était raccourci, souple et disposé à une grande dilatation prochaine. Peu après la fièvre survint, les reins se tuméfièrent et fournirent un lait abondant.

Le 29 septembre, je fus appelé près la malade et la trouvai dans l'état suivant.

Traits tirés; faciès d'autant plus décomposé qu'un abcès scrophuleux occupe une partie de la joue droite; fièvre continue; soif; prostration générale; abdomen légèrement douloureux et flasque. La tumeur formée par la présence de l'enfant remonte encore au-dessus de l'ombilic. On croit pouvoir distinguer à travers les parois abdominales la tête du fœtus vers la fosse iliaque, les genoux à droite et en haut, les fesses et le dos étant tournés en bas transversalement au détroit supérieur. Le toucher fait sentir un col assez long, mais souple et permettant facilement l'introduction du doigt dans son orifice, ainsi qu'on le rencontre souvent quelques jours avant l'accouchement. L'utérus est tellement relevé qu'on ne peut l'atteindre; on ne sent pas le ballottement et on ne peut distinguer quelle partie du corps se présente. Au reste, l'enfant n'a donné aucun signe de vie depuis longtemps. Les seins sont mous et contiennent encore beaucoup de lait. La malade éprouve un mouvement de déplacement chaque fois qu'elle se couche sur l'un ou l'autre des côtés.

Le 15 octobre, la santé s'améliore; l'abcès scrophuleux disparaît sous l'influence des moyens les plus simples; la malade se lève et prend quelques alimens légers.

Vers la fin d'octobre, la malade va beaucoup mieux : le toucher, loin de faire croire à un accouchement prochain, semble, par l'état du col, annoncer un travail fini. Le lait est perdu; les forces se relèvent; le ventre affaissé a encore diminué de volume. L'état de

la malade reste le même jusqu'au mois de février 1829, époque à laquelle la menstruation reparaît régulièrement et continue jusqu'à ce jour.

Aujourd'hui, 26 mars 1835, Rosalie Capon jouit d'une assez bonne santé et n'éprouve d'autres incommodités que celles inséparables de la présence dans le bas-ventre d'un corps étranger toujours volumineux; on sent parfaitement, à travers les parois abdominales, la tumeur mobile et inégalement bosselée formée par le fœtus, sans qu'on puisse préciser les organes. Le toucher fait reconnaître, vers la fosse iliaque droite, une tumeur irrégulièrement arrondie, dure et parsemée de rugosités sinueuses, qui paraît pouvoir être attribuée à la partie postérieure du thorax déformé. Le col utérin est dans l'état normal, et l'organe lui-même, placé en arrière et à gauche de cette tumeur, a conservé son état physiologique.

On pourrait ici longuement discourir sur l'espèce de grossesse extra-utérine : est-elle de la trompe ou de l'ovaire droit? ou bien est-elle abdominale? Cette dernière opinion me paraît plus probable. L'autopsie seule pourrait décider positivement, et le sujet de l'observation ne semble pas devoir en fournir de sitôt l'occasion.

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

JANVIER 1836.

N° 1. — 2 JANVIER.

Des céphalœmatomes, ou tumeurs sanguines du crâne chez les nouveau-nés; par M. VALLEIX, D.-M. P., membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

Suite. (Voir le tome 1er, 2e série de l'*Encyclogr.*)

§ 3. CAUSES.

1. *Céphalœmatome sous-aponévrotique.*—Après ce que nous venons de dire, on doit s'attendre à une grande divergence d'opinions sur les causes de la maladie. Cette observation ne s'applique pas au céphalæmatome sous aponévrotique, car tous les auteurs s'accordent à l'attribuer aux pressions violentes de toute espèce, éprouvées par la tête, pendant le travail. Aussi n'insisterai-je pas davantage sur ce point.

2. *Céphalœmatome sous-péricrânien.* — Quant à ce qui regarde le céphalæmatome sous-péricrânien, un grand nombre d'explications différentes ont été données sur sa formation. Je les discuterai toutes; mais, auparavant, je crois devoir examiner une question importante. Le céphalæmatome existe-t-il avant la naissance? Les accoucheurs français pensent généralement le contraire; mais, comme ils ont confondu les différens céphalæmatomes entre eux et avec l'œdème séro-sanguin, leur opinion ne peut être invoquée.

Becker (1) Wendt, Osiandre, sont du même avis: nous examinerons plus tard leurs raisons.

D'un autre côté, Michaëlis et Palletta, ayant avancé que la maladie était causée par une altération de l'os, ont été conduits à la regarder comme antérieure à la naissance. Ils ont été confirmés dans cette opinion par l'observation d'un grand nombre de céphalæmatomes survenus peu de temps après des accouchemens faciles. Nægele, Schmitt (1), Klein (2), Zeller, Hœre, entraînés par cette dernière considération seulement, ont partagé cette manière de voir.

La question de l'altération des os a été jugée par l'examen anatomique. Quant aux accouchemens *faciles*, n'est-ce point s'abuser que de se contenter de ce mot? Un accouchement qui dure quatre, cinq, six heures et plus, lorsque les douleurs se sont succédées sans interruption, qu'elles ont augmenté graduellement, que la tête, se présentant bien, a trouvé un passage assez libre, n'est-il pas un accouchement facile? Et, dans cet accouchement, la tête, n'a-t-elle pas souffert des pressions très-considérables, soit en traversant le col, soit en glissant sur le bassin? N'a-t-on pas vu très-souvent à la suite de pareils accouchemens, l'œdème séro-sanguin, dont la production nécessite une pression assez forte et longtemps prolongée? Il fallait citer, non des accouchemens faciles, mais des accouchemens brusques. Klein (3), seul, dit positivement que la maladie est survenue après un accouchement brusque. Cet auteur a été beaucoup cité; mais on n'a pas réfléchi qu'il écrivait sur l'effet des chutes de l'enfant sur le col, que ces enfans étaient tombés généralement sur la tête, et qu'on trouve dans la contusion de cette partie une cause suffisante de tumeur sanguine. Voilà pourquoi Klein a vu plus de soixante céphalæmatomes situés sur toutes les parties du crâne tandis que d'autres praticiens n'en ont vu que fort peu et placés presque tous sur le pariétal droit.

On a cité quelques exemples de tumeurs sanguines, trouvées sur des enfans venus par les pieds. Moi-même je crois avoir vu un cas semblable. Sur un nouveau-né, qui avait un très-petit céphalæmatome de chaque côté, au-dessus de la bosse pariétale, je trouvai le siége assez violemment contus dans une étendue circulaire de trois

(1) Sur les bosses sanguines des nouveau nés, etc. *Journ. de Hufeland*, octobre 1823.

(1) Compte-rendu des faits recueillis dans la maison d'acc., etc., de novembre 1816 à la fin d'octobre 1818. *Journ. méd. chir. de Saltzbourg*, t. I, 1819.

(2) Obs. sur l'effet des chutes des nouveau-nés, Stuttgard, 1817.

(3) *Loc. cit.*

pouces à trois pouces et demi de diamètre. Le cuir chevelu était aussi intact que chez un enfant de six mois. Je pense, sans toutefois oser l'affirmer, puisque tous les renseignemens m'ont manqué, que cet enfant est venu par le siége, et ce fait semblerait venir à l'appui de la seconde opinion; mais il faudrait, pour qu'il eût quelque valeur, que, dans un pareil accouchement, la tête n'eût à supporter aucune pression; or, c'est ce qu'on ne saurait prétendre, puisqu'on trouve dans la science de nombreux exemples d'application du forceps, après la sortie des pieds et du tronc.

Mais voyons si l'examen attentif de l'état du crâne chez les enfans nouveau-nés ne nous sera pas plus utile que le raisonnement. M. Paul Dubois (1), rappelant l'organisation particulière de cette partie, chez l'enfant naissant, a essayé une nouvelle explication, et s'est beaucoup plus approché de la vérité que tous les auteurs qui l'ont précédé. Appuyé sur quelques recherches exactes d'anatomie, il a fait plus que ceux qui avaient entassé un grand nombre d'observations incomplètes et mal analysées; et, si les faits ne lui avaient pas manqué, il est à croire qu'il aurait renversé toutes les hypothèses, et trouvé la véritable cause de la maladie qui nous occupe.

Dans mes recherches sur le développement du crâne je fus frappé de rencontrer presque toujours une ecchymose entre les os et leur membrane externe; j'examinai un grand nombre de têtes de jeunes enfans qui présentaient cette particularité, et j'en donnai l'analyse à la Société anatomique (2). Je me contentai alors de dire que cette ecchymose occupait la partie supérieure de la tête, dans l'étendue de trois pouces à trois pouces et demi de long, sur deux pouces à deux pouces et demi de large; qu'elle était coupée par la suture sagittale, sur les deux côtés de laquelle elle s'étendait dans presque toute la longueur des bords supérieurs des pariétaux; qu'elle était considérablement plus étendue sur le pariétal droit que sur le gauche; que le contraire pouvait avoir lieu, mais très-rarement; qu'elle avait manqué une fois sur un jumeau, sur le compte duquel je n'avais pas eu les renseignemens suffisans pour dire s'il était venu au monde le premier ou le dernier; qu'enfin cette ecchymose existait une fois presque tout entière sur l'occipital, et se portait obliquement vers le pariétal droit, dont elle couvrait une petite portion de l'angle postérieur. Cette manière de présenter les faits m'a paru depuis trop peu précise, et j'ai renouvelé mes recherches sur vingt-huit sujets âgés de 5 à 40 jours. En voici l'analyse : Dix-sept seulement ont présenté l'ecchymose en question. Des onze restant, trois étaient jumeaux; pour un d'eux, je n'ai pas eu de renseignemens; j'ai appris que les deux autres, nés à la Maternité, étaient le fruit d'un triple part; ils étaient très-peu développés, leur tête avait un très-petit volume. L'un était venu, le second, par le siége, l'autre, le troisième, par la cinquième du sommet. Leur frère, qui était venu le premier, en première position, était gros et avait une tête fort volumineuse : il mourut à la Maternité. Des huit autres, deux avaient 40 jours, âge auquel n'a atteint aucun de ceux qui présentaient l'ecchymose.

Parini ces derniers, onze offraient la plus grande partie de la tache sanguine sur le pariétal droit; la différence était de trois à huit lignes. Sur deux, l'ecchymose recouvrait une égale partie de chaque pariétal; sur deux autres, elle était plus étendue du côté du pariétal gauche, et, sur les deux derniers, elle était trop mal circonscrite pour qu'on pût en fixer les limites. Sa plus grande longueur a été de trois pouces et demi, et sa plus grande largeur deux pouces huit lignes. Une fois elle n'avait qu'un pouce et demi de long sur un pouce de large; les autres cas donnaient des dimensions intermédiaires, mais beaucoup plus rapprochées des premières que des dernières. Deux fois l'ecchymose occupait toute la partie supérieure de l'occipital jusqu'à la protubérance; elle s'avançait alors beaucoup moins vers l'angle antérieur et supérieur du pariétal, dont elle approchait toujours de très-près dans les autres cas.

La couleur de cette tache était violette et plus ou moins foncée; les sutures qui la traversaient, en conservant leur aspect naturel, la divisaient en triangles irréguliers, et tranchaient sur elle par leur couleur blanche. C'est surtout chez les enfans gorgés de sang, et dont les os, imbibés par ce liquide, avaient une couleur bleue visible à travers le péricrâne transparent, que ses limites étaient difficiles à reconnaître, mais il suffisait de décoller la membrane pour lever tous les doutes. On reconnaissait alors dans le tissu cellulaire sous péricrânien, l'étendue de l'ecchymose. L'état de ce tissu était extrêmement variable. Quelquefois, il n'offrait qu'une coloration rouge uniforme, sans que ses autres caractères fussent changés. Le plus souvent, il avait augmenté d'épaisseur, se déchirait avec plus de facilité, et se retrouvait, en partie sur l'os, en partie sur le péricrâne, sous la forme de petits grains arrondis, rouges, rapprochés, et offrant par leur ensemble l'aspect d'une couche mince de gelée de groseille. Trois fois, sur les dix-sept précédemment cités, le tissu sous-péricrânien était tellement gorgé de sang qu'on pouvait en extraire ce liquide par expression, et deux fois, il n'était plus reconnaissable : il était rompu et remplacé par une couche sanguine liquide, véritable commencement de céphalæmatome. Ces différentes lésions étaient parfaitement circonscrites dans les limites de la tache ovalaire, et l'on trouvait au delà les parties dans leur état naturel, tel que nous l'avons décrit plus haut. Ces ecchymoses persistent beaucoup plus longtemps que la tumeur œdémateuse du cuir chevelu, puisque celle-ci disparaît au plus tard au bout de deux ou trois jours, et que j'ai trouvé les autres jusqu'à trente-cinq jours après la naissance. Aucun de ceux qui n'en présentaient pas, n'avait moins de huit jours, si ce n'est un jumeau, dont la sœur offrait une ecchymose bien distincte : nous rechercherons plus tard la cause de cette particularité.

Toutes les fois que l'ecchymose était un peu considé-

(1) *V.* Diction. de médecine, article cité.

(2) Deuxième bulletin, 3e série, octobre 1835. Procès-verbaux.

rable, j'ai trouvé sous le péricrâne une couche de substance celluleuse, épaisse d'un quart de ligne environ, d'un rouge qui m'a paru d'autant plus foncé que l'enfant était moins âgé, et que l'ecchymose était, par conséquent, plus récente.

Lorsqu'il y avait eu formation d'une couche sanguine, j'ai toujours rencontré au bout d'un certain temps des ossifications lamelleuses, qu'il était très-facile de détacher en glissant le scalpel au-dessous d'elles, et qui laissaient l'os avec son aspect rayonné naturel. Ces productions osseuses doivent être rangées parmi celles que Lobstein (1) a nommées *osteophytes diffus*.

Quelle est la cause de cette ecchymose? Si l'on considère sa forme, on voit qu'elle ne peut pas avoir été produite par une pression sur un plan résistant; car la forme arrondie de la tête ne lui aurait pas permis de porter sur un aussi grand nombre de points à la fois. Sa situation ne permet pas davantage d'adopter cette explication; en effet, on la trouve à la partie moyenne de la voûte du crâne et *sur la partie la plus élevée de l'occipital*. Or, ce n'est guère que les parties antérieures, postérieures et latérales, qui peuvent être pressées contre les parois du bassin. Tout nous porte donc à penser que l'ecchymose est produite par une pression circulaire, dont l'agent est placé au centre des parties traversées par la tête. En y réfléchissant, on voit bientôt que cet agent ne peut être que le col de l'utérus, et l'on comprend alors très-bien comment ce col, ayant été fortement dilaté par un premier passage, un des deux jumeaux ne présente pas d'ecchymose dans les accouchemens doubles. La forme ovalaire de la tache s'explique par la forme alongée de l'ovale supérieur du crâne, qui présente environ ses deux tiers postérieurs à l'orifice du col, avant que le mouvement de spirale, exécuté par la tête dans le bassin, ait porté l'occiput en avant. Les accoucheurs nous apprennent pourquoi la plus grande portion de l'ecchymose se trouve placée sur un pariétal, et ordinairement sur le pariétal droit. Il est généralement admis que la tête est placée en travers au détroit supérieur et que le menton est tourné vers l'une des épaules. Le fœtus est placé suivant l'axe oblique d'avant en arrière du détroit, d'où il suit que la partie latérale de la tête placée en avant est la plus déclive et doit se présenter la première, et que, par conséquent, un des pariétaux est plus engagé que l'autre. La première position étant la plus fréquente, et le pariétal droit étant placé en avant, il devra plus souvent présenter dans une plus grande étendue les traces d'ecchymoses, c'est ce qui a lieu. Après lui viendra le pariétal gauche, placé en avant dans la seconde position, la plus fréquente après la première. Les deux positions occipito-postérieures rentrent dans les deux précédentes sous le rapport qui nous occupe.

Si maintenant l'on se rappelle le tableau que j'ai donné de la situation des ecchymoses sous-péricrâniennes, on verra que le rapport avec la fréquence des positions est frappant. On ne peut pas objecter que le col de l'utérus, déjà dilaté par la poche des eaux, ne saurait produire une compression assez forte sur la tête, pour faire transsuder le sang des os: car, d'une part, j'ai reconnu qu'il ne fallait qu'une pression médiocre, et de l'autre, on sait que, lorsque la tête vient au couronnement, le col, quoique en partie effacé, oppose encore une vive résistance. Enfin, si l'ecchymose se formait par une pression circulaire, ailleurs qu'au passage à travers le col, on la trouverait tout entière sur l'occiput, qui occupe le centre du bassin dans l'excavation; et alors elle présenterait la forme ronde et non ovale, puisque cette portion du crâne représente un segment de sphère.

D'après toutes ces raisons, je crois pouvoir avancer que l'ecchymose est due à une pression circulaire, qui ne peut être exercée que par le col. Il ne s'agit plus maintenant que de savoir si cette ecchymose n'est autre chose qu'un premier degré de céphalæmatome, pour résoudre la question. Or, ici les preuves se présentent d'elles-mêmes. Les parties les plus exposées à la simple ecchymose sont le siége des tumeurs sanguines; le sang infiltré ou échangé, suivant les cas, ne peut venir que de la même source. La même cause, à des degrés de puissance différens, peut produire, 1° une simple coloration rouge; 2° une infiltration évidente; 3° une destruction de tissu avec épanchement d'une couche sanguine. Entre ces trois degrés, la liaison est sensible. Le dernier n'est, à proprement parler, autre chose qu'un céphalæmatome peu élevé, qui se termine, comme lui, par des ossifications particulières. Dans trois cas, j'ai examiné le pariétal opposé à celui qui portait la tumeur, et j'ai trouvé sur lui, dans les trois cas, une portion d'ecchymose demi-ovalaire, en tout semblable aux taches précédemment décrites: c'était le céphalæmatome qui tenait la place de l'autre moitié: en les réunissant, on avait l'ovale entier un peu déformé, il est vrai, du côté de la bosse sanguine, par suite des progrès plus ou moins considérables de la maladie. Il me paraît résulter de ces faits, que la même cause agissant des deux côtés, avec des avantages différens, a produit ici une simple infiltration, et a poussé là l'exsudation sanguine jusqu'à déterminer un épanchement. La tumeur sanguine sous-péricrânienne n'est donc que le quatrième degré de notre échelle.

Mais, s'il en est ainsi, pourquoi, la cause étant constante et inévitable, le céphalæmatome ne se rencontre-t-il pas plus fréquemment? C'est que les cas les plus favorables pour la production des tumeurs, sont ceux où une très-grande partie du pariétal se présente au col, à l'exclusion des autres parties du crâne, ce qui est assez rare. On voit, lorsque par la pression on fait transsuder le sang à travers les pariétaux du crâne d'un nouveau-né, que le point où cette transsudation se fait avec le plus de facilité, se trouve immédiatement au-dessus de la bosse pariétale. Il existe là trois ou quatre orifices, par lesquels les vaisseaux transmis presque directement, versent de grosses gouttes de sang, qui se réunissent bientôt en nappe, et finissent par ruisseler

(1) Anat. path., t. II.

de tous côtés; c'est aussi là que le péricrâne se décolle avec le moins d'effort. Aussi, lorsque le céphalæmatome est petit, est-il ordinairement placé un peu au-dessus de la bosse pariétale.

Quoique tous ces faits me paraissent concluans, je ne nierai pas néanmoins l'influence possible des autres pressions diverses exercées sur la tête du fœtus. Ces causes agissent en effet dans le même sens que la précédente, quoique avec bien moins d'avantage, et peuvent quelquefois atteindre le même but. Mais combien ces cas seront rares, si, comme l'avancent les auteurs allemands, le céphalæmatome se montre presque toujours après des accouchemens faciles. L'observation rigoureuse pourra seule lever tous les doutes à ce sujet.

Je n'ai, comme on l'a vu, rien trouvé qui pût rendre compte des battemens observés par le professeur Nægèle, pendant la formation des tumeurs. On ne saurait les attribuer, pas plus que la production des tumeurs elles-mêmes, à la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux de l'os, car ils y sont dans un état de division extrême. Le professeur d'Heidelberg n'a pas assez réfléchi à cette circonstance. Si nous observons, d'un autre côté, que cet auteur, ainsi que Zeller, son disciple, reconnaissent un céphalæmatome sous-aponévrotique, occasionné par la rupture d'un vaisseau, et que, dans certains cas, ils ne croient pas qu'on puisse affirmer que la collection sanguine est sous le péricrâne plutôt que sous l'aponévrose, nous aurons le droit d'exprimer quelques doutes, et de demander de nouvelles observations mieux détaillées.

Je passe sous silence les prétendues causes trouvées dans une disposition normale des vaisseaux, ou un état semblable à celui des *nævi materni,* parce que ces opinions ne soutiennent pas le plus léger examen.

2. *Céphalœmatome sus-méningien.* — Les causes du céphalæmatome sus-méningien sont plus obscures. Cependant tout porte à croire que ce sont les mêmes qui produisent des épanchemens sanguins dans le cerveau ou entre ses membranes, et qu'on a toujours cherchées dans les pressions exercées sur la tête pendant le travail.

§ 4. *Terminaison et pronostic.*

1. *Céphalœmatome sous-aponévrotique.* — Les céphalæmatomes sous-aponévrotiques se terminent ordinairement par l'absorption du liquide; les choses se passent comme dans les cas de collection sanguine par suite de contusions. Le pronostic est peu grave quand la cause qui a produit la maladie n'a point en même temps intéressée l'encéphale, et déterminé une de ces *asphyxies par compression du crâne*, signalées par M. Dugès (1). Si le liquide ne se résorbait pas, une incision simple serait le moyen d'obtenir une prompte guérison.

2. *Céphalœmatome sous-péricrânien.* — On a cité un grand nombre de guérisons de céphalæmatomes *sous-péricrâniens* par la simple résolution.

(1) Thèse citée.

Dans quatre cas de céphalæmatome, une application constante de liquides résolutifs, ne m'a montré aucune espèce de modifications dans les tumeurs, quoiqu'on l'ait mise en usage pendant trois semaines, un mois et plus. Les observations communiquées au professeur Nægèle, et rapportées par Zeller, nous donnent si peu de détails, qu'elles ne peuvent servir de base à aucun calcul. Les deux tiers environ ne disent rien du bourrelet osseux, signe remarquable de la maladie, et par cet oubli on peut juger du reste. Ceux qui ont le mieux observé le céphalæmatome, tels que Michaëlis, Palletta, Nægèle, Hœre, ont admis comme méthode presque exclusive de traitement, l'ouverture de la tumeur, soit par l'incision simple, soit autrement, preuve qu'ils n'avaient qu'une confiance limitée dans les applications résolutives.

Quoi qu'il en soit, voyons comment les choses se passent dans les cas de résolution de la tumeur. Nous avons vu que Chélius avait cru reconnaître des signes d'ossification du périoste; le professeur Schmitt, et après lui Nægèle, ont observé un état semblable quand la tumeur commence à diminuer. Dans une lettre adressée à M. Velpeau (1), ce dernier auteur dit qu'au bout de quatre semaines environ, la tumeur perd de son volume; elle durcit, devient élastique, et il semble, quand on appuie le doigt dessus, qu'on presse sur une boule en feuille de cuivre ou sur du parchemin. Il explique ces phénomènes par l'ossification de la surface intérieure du péricrâne, qui finit par se rapprocher de l'os et lui adhérer. Je ne sais si M. Nægèle a eu occasion de constater par la dissection l'exactitude de ce qu'il avance. Je crains qu'il n'ait cédé à l'opinion qui donne un si grand rôle au périoste dans l'ossification, et contre laquelle tant de faits se sont élevés et s'élèvent encore tous les jours. Quant à moi, j'ai vu deux céphalæmatomes se terminer sans opération, et voici le résultat de mes observations : Ils existaient sur le même enfant, ils étaient tous les deux très-petits, et néanmoins le bourrelet osseux était très-considérable; chaque jour ce bourrelet faisait de nouveaux progrès de la circonférence au centre, de sorte que, chaque jour, la partie fluctuante de la tumeur diminuait d'autant; on en vint enfin à ne plus sentir, au milieu d'une protubérance osseuse légèrement excavée à son sommet, qu'un petit point rempli de liquide; mais jamais ce point n'offrit ni la dureté, ni le bruit d'une feuille métallique, signalée par les auteurs précédens; en un mot, l'ossification s'étendit des bords au milieu et de bas en haut, c'est-à-dire qu'elle prit son point de départ des os. Se prononcer d'après ce seul fait serait une témérité; mais, comme il est plus en rapport avec l'anatomie physiologique et pathologique, il doit tenir en garde contre les hypothèses et les explications précipitées.

Malgré la petitesse des tumeurs, la guérison n'a été parfaite d'un côté qu'au bout de 40 jours, et de l'autre

(1) Traité d'accouchemens, t. II, p. 596.

il restait encore, à cette époque, un point rénittent comme une lentille.

Nægèle a constaté la lenteur avec laquelle se résorbe le céphalæmatome. Il a vu en outre qu'il laissait sur le pariétal une bosse saillante, sensible encore même après un an, et qu'il attribue à une ossification du péricrâne, tandis que selon moi, il y aurait primitivement végétation osseuse provenant de l'os, et que si le tissu cellulaire sous-péricrânien était transformé, ce serait consécutivement. Stein et plusieurs autres ont aussi remarqué cette bosse persistante; mais de plus, Nægèle a reconnu par la dissection, sur un enfant de six mois, qu'un pariétal qui avait été le siége d'un céphalæmatome guéri, était resté sensiblement plus épais. Il ne dit pas quel était l'état du péricrâne. En résumé, la résorption ne peut s'opérer facilement; elle est toujours lente, et laisse après elle un épaississement de l'os.

Le pronostic, un peu plus sérieux que dans le cas précédent, n'est pas néanmoins très-grave. On cite un très-grand nombre de guérisons par les diverses méthodes de traitement. Les enfans dont j'ai fait l'autopsie étaient morts d'affections intestinales tout à fait indépendantes du céphalæmatome. Lorsque la tumeur est très-volumineuse, elle doit toujours être ouverte, ce qui aggrave le pronostic. Nous verrons pourtant tout à l'heure que cette petite opération, faite convenablement, n'est généralement pas dangereuse.

§ 5. *Traitement.*

1. *Céphalæmatome sous-péricrânien.* — Plusieurs méthodes ont été tour à tour employées. Moscati et Palletta passaient un séton dans la tumeur pour en provoquer la suppuration. Ce moyen, fondé sur la prétendue nécrose des os, ne saurait être proposé aujourd'hui. Il a d'ailleurs l'inconvénient de déterminer, de l'aveu même de ces auteurs, une fièvre aiguë qui peut emporter le malade.

Gœlis a imaginé d'appliquer sur la tumeur une très-petite quantité de potasse caustique, de manière à déterminer une irritation superficielle et une légère suppuration qui facilite la résorption. Trente-deux cas de guérison sont cités à l'appui de cette méthode; mais Zeller en révoque une partie en doute, et de plus, il fait observer que, d'après Gœlis lui-même, l'application du caustique a eu quelquefois des inconvéniens et a même causé la mort.

On a plus généralement cherché à provoquer la résolution par de simples applications aromatiques. Les deux tumeurs que j'ai vu se terminer sans incision, ont été abandonnées à elles-mêmes et la marche de la maladie n'a pas été ralentie. Il est à regretter que les auteurs n'aient pas fait des observations comparatives. La profondeur du foyer sanguin et l'état des tissus qui l'environnent doivent donner peu de prise à l'action des médicamens employés; néanmoins on pourra, dans tous les cas, les mettre en usage les premiers jours, parce qu'ils sont sans inconvéniens. Si même la tumeur est d'un volume médiocre, si elle n'est pas plus grosse qu'une moitié d'œuf de poule, on pourra s'en tenir à ce moyen et attendre la guérison. Mais, si le céphalæmatome est plus considérable, et s'il n'a pas diminué au bout de quelques jours, il faut l'ouvrir sans délai, non parce que l'on craindrait avec Zeller que l'os se cariât ou s'altérât, mais parce que le crâne n'ayant pas eu encore le temps de se durcir et conservant sa vascularité, offrira plus de chances à un recollement prompt des parties molles. On ne doit pas redouter que l'écoulement continue par l'orifice des petits vaisseaux, car ils sont déjà oblitérés et couverts d'une fausse membrane.

L'incision simple soit avec la lancette, soit avec le bistouri, est le moyen le plus convenable. Elle doit être proportionnée au volume de la tumeur, mais il n'y a aucun inconvénient à la faire un peu grande. Plusieurs faits m'ont prouvé que la dénudation des os du crâne chez les nouveau-nés n'était point dangereuse : la grande vitalité de ces parties rend leur mortification impossible et le recollement des tégumens très-facile.

L'incision doit être pratiquée le plus loin possible des troncs artériels; il suffit de diviser chez ces enfans un très-petit rameau d'artère, pour avoir une hémorrhagie inquiétante. Smellie (1) rapporte qu'un de ses élèves ayant ouvert une de ces tumeurs, le sang ne put pas être arrêté, et l'enfant succomba dans un court espace de temps.

Un enfant qui portait depuis un mois un céphalæmatome, était affecté de vomissemens opiniâtres depuis sa naissance. Ne conservant aucun aliment, il était parvenu au dernier degré de marasme et paraissait devoir mourir bientôt. Quelques personnes pensant (à tort, selon moi) que la tumeur sanguine avait quelque influence sur l'état général, je me déterminai à l'ouvrir, malgré l'état désespéré du malade. Après l'écoulement d'une très-grande quantité de sang noir, il en sortit un peu de rouge; j'examinai avec soin les parties, mais l'écoulement s'étant arrêté, je me contentai d'exercer une compression médiocre. Le lendemain l'enfant était mort et je vis que les compresses étaient fortement imbibées de sang, et qu'il s'en était accumulé une quantité appréciable dans la partie la plus déclive de la tumeur. Le liquide était rouge. Quoique l'hémorrhagie fût peu considérable, je pensai que dans l'état désespéré où était l'enfant, elle avait dû accélérer la mort. L'autopsie me fit voir que j'avais divisé un rameau secondaire et très-petit de l'artère temporale; que serait-ce donc si l'on coupait les rameaux primitifs, comme l'avait fait peut-être l'élève de Smellie? Quant au tronc lui-même, je n'ai jamais vu la tumeur s'étendre jusque là. Un ramollissement gélatiniforme de tout l'estomac nous expliqua l'opiniâtreté des vomissemens et nous parut la principale cause de la mort. Plusieurs autres faits pris dans les auteurs, prouvent que l'écoulement assez considérable du sang a persisté après l'évacuation du liquide contenu dans la tumeur, et néan-

(1) Coll. de cas extraordinaires. Altenburg 1770.

moins aucun n'en a recherché la cause, persuadés qu'ils étaient que l'ouverture d'un ou de plusieurs vaisseaux rompus de l'os malade ou sain, suffisaient pour expliquer ce phénomène.

On devra donc être en garde contre cet accident. On remarquera que dans les tumeurs d'un très-grand volume, les premiers rameaux des artères sont soulevés et repoussés loin de leur place naturelle: et enfin, si malgré toutes les précautions, du sang rouge continuait à couler en quantité notable, après qu'on aurait vidé la poche sanguine, il faudrait rechercher le vaisseau divisé dans les bords de l'incision et en faire la ligature, ce qui est rendu facile par le décollement considérable des parties molles qu'on peut aisément renverser. Il ne faudrait avoir recours à la compression qu'après des recherches infructueuses, parce que ce moyen ne peut être exercé fortement sur le crâne flexible d'un enfant, et que les mouvemens continuels du malade le rendent inefficace.

Si l'on pratique l'incision peu de temps après l'apparition de la tumeur, il en sort du sang rouge et d'aspect artériel, parce que ce liquide qui provient des petits vaisseaux artériels dont l'os est pénétré, n'a pas eu le temps de perdre ses caractères par une stagnation prolongée. Après l'écoulement du sang les tégumens sont flasques et ridés; bientôt une inflammation légère et profonde se manifeste, un écoulement séro sanguin a lieu par la plaie. Il diminue rapidement; l'adhésion des surfaces décollées se fait dans une très-grande étendue à la fois, et la guérison est parfaite, huit, dix, quinze et au plus tard vingt jours après l'opération. Le bourrelet osseux persiste fort longtemps, mais le centre de la tumeur ne devient pas à beaucoup près aussi saillant que dans les cas de guérison spontanée. On doit faire un pansement très-simple; introduire quelques brins de charpie dans la division pour éviter une adhésion trop prompte de ses lèvres, placer par dessus un plumasseau et une compresse, et serrer médiocrement le tout avec une bande. Les emplâtres de diapalme camphrés, les bonnets serrés, proposés par quelques auteurs, sont inutiles. L'inflammation est si peu considérable, qu'à peine faut-il les deux premiers jours rendre l'alimentation un peu plus légère.

2. *Céphalœmatome sus-méningien.* — Le traitement du céphalœmatome interne, lorsqu'il n'y a pas de tumeur à l'extérieur, se borne aux moyens employés pour les épanchemens dans l'intérieur du crâne. Le diagnostic est alors impossible et le pronostic très-grave.

Lorsqu'il y a un céphalœmatome à l'extérieur avec les signes rationnels d'une tumeur interne, il faut se hâter de l'ouvrir, parce que s'il existe une fissure qui les fasse communiquer, comme dans le cas cité par Hœre et celui que M. Padieu a recueilli, on peut espérer que le sang épanché entre la dure-mère et l'os, pourra trouver passage à travers la solution de continuité, s'écouler dans la poche externe, et de là au dehors. Ceci n'est fondé que sur le raisonnement, n'est appuyé par aucun fait bien constaté, et mérite par conséquent confirmation.

—

N° 2. — 9 JANVIER.

Amputation du bras gauche sur un Arabe de la plaine de la Metidjak; par M. BONNAFOND, docteur en médecine, et démonstrateur à l'hôpital d'instruction d'Alger.

Mohamet-Ben-Cassedhi, de la tribu de Beni-Moussa, distante d'Alger de quatre à cinq lieues, fut assailli pendant qu'il gardait son troupeau près de sa cabane par trois Arabes de la même tribu qui lui volèrent son cheval. Comme il voulut faire quelque résistance à ces voleurs, il reçut plusieurs coups de *yatacan* (sabre) sur l'avant-bras gauche et la main droite. Le cheik ou chef de la tribu qui avait déjà eu occasion d'apprécier les connaissances des chirurgiens français, envoya ce blessé près du mufti, à Alger, en le priant de le faire soigner par un *tebib* (médecin) français. Me trouvant alors chargé du service de l'hôpital qu'on avait établi provisoirement pour recevoir les cholériques maures, le mufti me l'envoya en me priant de faire tout ce que je jugerais convenable.

Voici dans quel état je le trouvai : par suite d'un coup de yatacan porté obliquement sur la face postérieure de l'avant-bras, les deux os étaient fracturés : le radius à sa partie moyenne, et le cubitus à son extrémité supérieure près la base de l'apophyse olécrane. Toutes les parties musculaires de la région brachiale postérieure étaient isolées des os, et formaient ainsi un vaste lambeau pendant; l'articulation huméro-cubitale dans sa partie postérieure laissait voir toutes les surfaces articulaires ; l'extrémité supérieure du radius, n'étant plus fixée par le ligament annulaire, faisait saillie de près d'un pouce en dehors de la plaie. Un second coup de yatacan ayant été porté obliquement sur la région anti-brachiale antérieure et inférieure avait divisé les tendons des fléchisseurs superficiels des doigts.

La nature et la gravité de ces lésions nous les firent considérer comme au-dessus de tout espoir de guérison, et l'amputation comme le seul moyen de sauver le malade en arrêtant les progrès de la gangrène qui avait déjà commencé à s'emparer du lambeau.

Mais décider cet Arabe à se laisser amputer le bras n'était pas chose facile ; le fatalisme avec lequel ces peuples nomades se soumettent aux arrêts de la destinée et l'horreur qu'ils ont de toute opération nous présentaient des obstacles assez grands. Nos conseils eussent probablement échoué si nous n'eussions eu recours au mufti, qui a toute leur confiance après Mahomet, puisqu'il est son ministre sur la terre. Deux mots de ce dernier suffirent, et l'Arabe consentit à se laisser opérer.

Je pratiquai l'amputation du bras le 30 août en présence de plusieurs Maures notables de la ville d'Alger qui étaient venus par curiosité, n'étant point habitués à voir ces sortes d'opérations. La section du bras ter-

minée selon le procédé ordinaire, nous fûmes frappés du grand nombre d'artérioles qui fournissaient du sang. Voulant réunir immédiatement et maintenir les bords de la plaie par des points de suture, nous dûmes, pour arrêter tout écoulement sanguin, placer neuf ligatures sur le moignon.

Les fils étant placés, la plaie bien détergée, je maintins les bords en contact immédiat à l'aide de six points de suture, et recouvris tout le moignon d'un pansement simple. Le malade fut mis sur deux matelats (car nous n'avions pas de lit à cet établissement provisoire) après n'avoir perdu que quelques onces de sang.

Ayant constaté dans maintes circonstances la bonté du principe du baron Larrey, qui prescrit de ne renouveler les pansemens que le plus rarement possible, je restai dix jours avant de lever le premier appareil (aucun accident n'étant d'ailleurs survenu). Au premier pansement les bords étaient réunis dans toute leur étendue, excepté aux angles où j'avais placé les deux faisceaux des fils de ligatures.

Le second pansement fut renouvelé le 13e jour, le troisième le 16e, et le quatrième le 20e, époque où la cicatrisation était complète, si ce n'est à l'angle inférieur où il restait encore le fil de ligature de l'artère brachiale. Il ne tomba que le 24e jour, et le 28e la cicatrice était solide dans tous les points.

Les Maures et Arabes qui venaient voir l'opéré, témoignaient leur étonnement d'une guérison si prompte. Ils me disaient que, dans le cas que j'indiquerai tout à l'heure, où ils pratiquent l'amputation du poignet, il faut plusieurs mois avant d'en obtenir la guérison. Le Bédouin, de retour depuis longtemps dans sa tribu, peut témoigner à tous ses coreligionnaires la supériorité des tebibs ou médecins français sur leurs charlatans, et surtout la bonté de nos procédés opératoires sur les moyens barbares dont ils se servent encore pour les amputations, qu'ils ne pratiquent guère que pour satisfaire à un des arrêts de la justice qui condamne à avoir un ou les deux poignets coupés.

Cette opération, que l'ignorance des médecins (1) et la superstition des sectateurs de Mahomet ont banni du domaine de la chirurgie, n'est plus pratiquée ici que par les exécuteurs de la haute justice. Le procédé qu'ils emploient est en tout semblable à celui que la plupart des chirurgiens du seizième siècle, les Arabes surtout, mettaient en usage, avant que le célèbre Paré eût découvert la manière de s'opposer à l'hémorrhagie à l'aide des ligatures.

Réflexions. Cette observation offrira peut-être peu d'intérêt sous le rapport chirurgical, car elle n'a présenté aucun phénomène qu'on ne rencontre dans presque toutes les opérations de ce genre où on emploie les mêmes procédés. Aussi n'est-ce point là le motif principal qui m'a engagé à la publier. D'autres considérations m'ont décidé à la faire paraître comme une preuve des progrès que les Français, et les médecins surtout, ont fait dans ce pays ; en effet, cette opération a été pratiquée sur un Arabe de la plaine de Métidjak ; l'Arabe est venu volontairement, attiré par la confiance que nous lui inspirions, solliciter nos soins à Alger. Cette amputation est, je crois, la troisième qui ait été pratiquée par les Français sur les indigènes. La première, à la jambe, le fut à Sidi-el-Ferruch, sur un prisonnier fait à la bataille de Staonëli, le 19 juin 1832 ; la deuxième dans un des hôpitaux d'Alger, en 1831 ou 32. Mais, des trois, la seule qui puisse être considérée comme un progrès réel, comme un acte de confiance des indigènes pour les chirurgiens français, est la dernière. Les secours ont été réclamés par les indigènes ; l'opération a été pratiquée dans un de leurs établissemens, et au milieu de plusieurs d'entre eux. Le malade n'a été soigné que par ces coreligionnaires, car, à l'exception des pansemens que je faisais moi-même, tous les autres soins lui ont été donnés par des Maures que le mufti avait placés là tout exprès. J'ai été étonné du zèle et de l'activité avec lesquels ces nouveaux infirmiers, peu habitués à ce genre de service, exécutaient mes ordonnances, non-seulement pour le blessé, mais encore pour les cholériques. Les Maures ont beaucoup d'intelligence, il ne leur faut que de l'éducation pour la développer.

(1) Si toutefois on peut appeler ainsi les barbiers qui donnent des consultations.

Observation sur une hémorrhagie utérine foudroyante suite de fausses couches, arrêtée subitement par la compression de l'aorte ventrale; par M. Bonnafont, etc.

Depuis quelques années j'ai eu occasion d'assister un grand nombre de femmes en couches, et je n'avais encore rencontré aucun fait digne d'être relaté, tant il est vrai que la plupart des accouchemens ne réclament le plus souvent que des secours bien légers de la part de l'accoucheur. Mais, si dans la pluralité des cas tout se passe naturellement pour la femme, il en est d'autres plus rares, et fort heureusement pour l'humanité, où elle est exposée à des dangers si éminens, que les plus prompts secours lui deviennent nécessaires, et que le chirurgien n'ayant pas le temps de choisir, doit mettre en usage les premiers moyens qui lui tombent sous la main.

De tous les accidens qui peuvent compromettre le plus promptement la vie de la femme, et qui exigent de la part du chirurgien une grande présence d'esprit, les hémorrhagies utérines occupent sans contredit le premier degré.

Le 15 novembre dernier, je fus appelé pour aller voir madame B., dont l'avortement avait été suivi d'un écoulement sanguin considérable. Cette dame, logeant à la partie supérieure de la ville, près la Casbah, je ne pus m'y rendre qu'après un quart d'heure de marche. A peine arrivé, je trouvai madame, pâle, tourmentée par des frissons généraux, presque sans pouls, et nageant dans le sang. Celui-ci sortait à flots par le vagin. Que faire ?

quel moyen assez énergique pour arrêter promptement cette hémorrhagie et soustraire ainsi la malade à une mort qui paraissait prochaine? Me rappelant la compression de l'aorte ventrale, que M. Baudelocque neveu m'avait appris à faire, alors que j'étais son prosecteur pour le cours d'accouchement, je la pratiquai sur-le-champ. La laxité des tégumens du ventre me permit d'arriver assez facilement sur l'artère. Au bout de dix minutes d'une compression forte et permanente, l'écoulement diminua; au bout de vingt, le sang ne sortait plus qu'en petite quantité. Mes mains étant fatiguées, je fis appliquer des compresses trempées dans l'oxicrat sur le bas-ventre et les cuisses. Le caillot sanguin ayant pu se former, l'écoulement cessa à peu de chose près, mais craignant qu'il ne fût assez consistant pour s'appliquer à la surface interne de l'utérus et s'opposer à l'hémorraghie, je restai quatre heures auprès de madame B., en ayant soin de comprimer de temps en temps l'aorte, afin de ralentir la circulation des parties inférieures, et par conséquent celle des vaisseaux qui vont à la matrice. Cette précaution, inutile peut-être, peut avoir aussi ses avantages. Toujours est-il que l'écoulement a été complétement arrêté, et que le caillot, rendu le troisième jour, n'a été suivi que d'une faible quantité de sang.

A l'aide de quelques cordiaux et autres moyens appropriés, madame B. a été bientôt remise de son état de débilité extrême, mais la pâleur qu'elle conserve indique encore la grande perte de sang qu'elle a dû éprouver.

N° 3. — 17 JANVIER.

CLINIQUE MÉDICALE.

Observations de maladies de la moelle épinière; par le docteur GRISOLLE, chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, membre de la Société médicale d'observation.

Une bonne monographie sur les affections de la moelle est une œuvre impossible dans l'état actuel de la science; elle serait nécessairement incomplète, puisque nous manquons encore de faits exacts ou suffisamment détaillés.

Si je livre aujourd'hui à la publicité les observations que j'ai recueillies, c'est dans l'espoir qu'elles pourront être utiles un jour à ceux qui entreprendront l'histoire pathologique de la moelle épinière.

OBSERVATION I.

Ramollissement de onze pouces de long, paraplégie, douleurs en ceinture, pleurésie gauche, fausse membrane dans le cerveau.

Constantin Honoré, âgé de 54 ans, courtier pour la vente des propriétés, d'une forte constitution, d'une santé habituellement bonne, n'ayant jamais fait de maladie grave, n'est sujet à aucune hémorrhagie périodique, ni à aucune éruption cutanée; il est tourmenté de temps en temps par des accès de migraine et par quelques douleurs rhumatismales dans le bras gauche, survenues, il y a plus de 20 ans, à la suite d'une congélation du membre. Constantin, fils d'un père hémiplégique, habite un lieu sec, il se nourrit bien, fait souvent des excès en vins et liqueurs; d'un caractère, vif, irrascible, il a une grande activité; il marche et court toute la journée sans en éprouver beaucoup de fatigue; il n'a reçu aucun coup ni fait aucune chute. Vers le 15 mai 1834, étant revenu à pied de Saint-Germain à Paris, sans s'être refroidi, sans avoir commis aucun excès, il est pris dans la soirée de coliques, de vomissemens, avec douleur vive dans la région sacrée, s'irradiant en ceinture tout autour du bassin : les membres n'étaient pas engourdis; il marchait librement. Ces accidens ont persisté pendant 36 heures. Au bout de ce temps, les coliques ont cessé; mais le malade a continué à ressentir quelques douleurs vers la région lombaire et sacrée, s'exaspérant par momens : c'est pendant ces crises qu'il éprouvait dans les mollets et les genoux des crampes violentes; dans leur intervalle, les membres inférieurs devinrent le siége d'un léger engourdissement vers la surface externe, plus marqué dans la jambe gauche que dans la droite. Toutefois la progression était facile, la sensibilité intacte : il a pu continuer ses occupations : néanmoins il se fatiguait plus facilement. Un mois après cette première attaque (19 juin 1834), après avoir fait un dîner copieux, il fut pris de nouveau de coliques et de vomissemens, les douleurs des lombes se réveillèrent; l'engourdissement des membres inférieurs augmenta; la nuit fut paisible; mais le lendemain, en voulant sortir de son lit, il sent ses reins fléchir; il lui est impossible de rester longtemps debout, et se trouve à chaque instant sur le point de tomber en arrière : ses urines dès lors coulent involontairement. Entré à l'hôpital Beaujon, le 20, voici ce que nous observons : Cet homme, de taille moyenne, est fortement constitué; sa face, colorée comme en bonne santé, est calme, les organes digestifs ne nous présentent rien de morbide; le malade est constipé : c'est son état habituel. Il urine involontairement, mais il a la sensation du passage des urines à travers le canal de l'urètre. La respiration est pure, égale des deux côtés. Il y a dix-huit inspirations. Le pouls bat 88 fois à la minute : il est régulier, de force médiocre. La chaleur de la peau légèrement halitueuse. La vue, l'odorat, le goût sont intacts (1). La pression et la percussion sur les vertèbres de la nuque au coccyx n'excitent nulle part aucune douleur locale. Le malade accuse néanmoins des douleurs en ceinture dans les parois abdominales. Leur maximum d'intensité est à l'ombilic où elles aboutissent, s'irradient de chaque côté des masses musculaires renfermées dans l'espace compris entre les côtes inférieures et les fosses iliaques. La pression est douloureuse dans ces points. Il n'y a

(1) Je m'en suis assuré par des expériences faites à diverses époques sur chacun de ces sens en particulier.

pourtant ni rougeur ni tuméfaction. Engourdissement à la face interne et supérieure des cuisses à gauche surtout, avec paralysie complète du mouvement de ces parties; la chaleur y est normale; elles ne sont le siége d'aucune infiltration : la nutrition s'y fait bien. (Saignée 3 palettes, limonades, soupes.) Le sang n'est pas couenneux; le caillot est mou. Le 21, 92 pulsations : même état pour le reste. (5 ventouses scarifiées de la septième dorsale au sacrum). Le 22, (5 nouvelles ventouses). Le 23, on combat la constipation par quelques pilules de jalap et de gomme gutte : il en résulte une selle copieuse, mais involontaire. Le 24, les deux genoux deviennent le siége de douleurs très-vives; la pression y est insupportable, quoique les parties ne soient le siége d'aucun gonflement ni d'aucune rougeur, (2 vésicatoires dans la région dorsale, sur lesquels on met un quart de grain de strychnine.) Les douleurs en ceinture sont très-vives; le malade est privé de sommeil. Le 26, l'extrémité inférieure du gland, plongé sans cesse dans l'urinal, offre une couleur noirâtre, elle est insensible; l'épiderme des cuisses est enlevé : ces parties sont d'un rouge cramoisi. Le pouls est à 100. Décubitus dorsal; douleurs vives dans les genoux et les hanches; sensibilité obtuse des membres inférieurs; chaleur normale, excepté aux pieds dans lesquels elle est diminuée. Il n'y a rien de particulier vers la respiration. Les organes digestifs sont intacts. Toutefois l'appétit est beaucoup diminué. Le 28, on commence l'usage de la strychnine, à la dose de un à deux huitièmes de grain. Le quinquina est administré à l'intérieur. Au bout de deux jours, le malade a éprouvé quelques secousses dans les lombes, s'irradiant dans les membres inférieurs, dont la sensibilité devient de plus en plus obtuse : toute la peau des fesses est sphacelée. Le malade ne goûte plus un seul instant de sommeil. Les douleurs en ceinture ont augmenté; elles restent limitées à la région ombilicale dans une hauteur de deux pouces; elles sont contusives, augmentent à la moindre pression. La peau du ventre, placée au-dessous de l'ombilic, est presque insensible, les applications narcotiques calment souvent les douleurs. Le 10, les membres inférieurs sont tout à fait paralysés du sentiment; les douleurs en ceinture ont remonté; les points qu'elles occupaient il y a peu de jours, sont devenus à peu près insensibles. Le 12, le pouls est à 80 pulsations, les respirations au nombre de 28. Les douleurs en ceinture existent entre les mamelons et le rebord costal. Le 14, le nombre des respirations s'élève à 44. L'auscultation du thorax en arrière est impossible. Le malade a considérablement maigri; son moral est profondément affecté. Le 16, la paralysie remonte jusqu'au rebord costal. Respiration courte, point pleurétique, sentiment de constriction vers la gorge, déglutition facile. Le malade se sert, comme auparavant, de ses membres supérieurs. Les escarrhes du sacrum se détachent. Les muscles de cette région sont profondément sphacelés. L'affaissement est extrême; mais l'intelligence est conservée. Ce malheureux succombe le 20. La douleur en ceinture s'est arrêtée à quatre travers de doigts au-dessus des mamelons. Les membres thoraciques ne paraissent pas avoir été affectés. Toutefois l'affaissement du malade, dans les derniers temps, ne nous a pas permis d'interroger avec soin la sensibilité et la motilité de ces parties.

Autopsie, 36 heures après la mort.

Axe cérébro-spinal. La dure-mère du cerveau incisée, l'arachnoïde viscérale nous semble, au premier coup d'œil, avoir une teinte opaline; mais, en passant légèrement le doigt sur la surface, nous en détachons une membrane excessivement fine, ténue, transparente, ayant une certaine résistance, sans arborisations ni piqueté rouges dans son intérieur. Cette fausse membrane est appliquée sur l'arachnoïde, sans avoir, avec cette séreuse, aucune connexion celluleuse ou vasculaire appréciable; elle se termine vers le milieu de la circonférence des hémisphères et à la base; on la retrouve encore sur les lobes antérieur et moyen, à part un léger piqueté de la substance médullaire des hémisphères, le cerveau ne nous offre aucune altération appréciable.

Moelle. Les membranes n'offrent rien de particulier à leur extérieur. Incisées (le cerveau étant encore en place), il s'écoule une once environ d'un liquide séreux, ni louche, ni floconneux. Vue par la partie postérieure, la moelle nous apparaît avec ses propriétés physiques ordinaires; fendue longitudinalement, de son tubercule inférieur jusqu'à la protubérance, elle nous présente un ramollissement de onze pouces de long commençant à son extrémité inférieure, et se terminant au niveau de la septième vertèbre cervicale. Les points ramollis ont des aspects variés, tantôt ils sont blancs, crémeux, comme si la moelle avait été broyée dans ce point. On ne découvre aucun mélange de sang ou de pus. Cette nuance existe dans le dernier pouce inférieur. Au-dessus et dans une longueur de deux pouces, on trouve un ramollissement rougeâtre ayant une ressemblance parfaite avec ceux du cerveau. Le sang n'y paraît pas extravasé; mais il semble qu'il y a eu combinaison intime des molécules nerveuses avec les molécules colorées. Au-dessus de ces points, le ramollissement est alternativement rouge et blanc. Ces deux colorations se succèdent brusquement l'une à l'autre, sans offrir de nuance intermédiaire. Au-dessus de la septième cervicale, et dans l'étendue de six à huit lignes, la moelle nous paraît un peu moins consistante, sans être pourtant tout à fait ramollie. L'altération occupe les onze douzièmes de l'épaisseur totale de la moelle. Les lames les plus postérieures sont les seules qui, quoique un peu plus molles, conservent néanmoins encore un certain degré de résistance. Les nerfs de la queue de cheval, ceux des trous de conjugaison, n'offrent aucune altération de couleur ou de consistance. L'arachnoïde rachidienne, lisse à l'intérieur, présente quelques arborisations d'un rouge cerise à la base des lames des vertèbres.

Thorax. Dans le côté droit et à la partie postérieure, on trouve quelques adhérences récentes, circonscrivant

un épanchement formé par deux onces environ d'un liquide floconneux. Les poumons et le cœur, examinés avec attention, ne nous offrent aucune altération appréciable.

Abdomen. Au milieu de l'épiploon, existe un fragment métallique dur, cassant, noirâtre, qui paraît être une aiguille enkystée dans un tissu fibreux. Le tube digestif de l'estomac à l'anus ne présente aucune altération de coloration ou de consistance. Il n'y a rien de pathologique dans les autres viscères abdominaux.

Membres. Les membres paralysés sont un peu œdématiés ; leurs muscles sont blâfards. Leurs nerfs et leurs vaisseaux ne nous offrent rien d'anormal.

Réflexions. Ce ramollissement de la moelle est remarquable par son étendue, ainsi que par la rapidité de sa marche ; car la mort a eu lieu un mois après le début de la paralysie. Quoique la maladie ne se soit positivement déclarée que le dix-neuf juin, on ne peut méconnaître cependant que depuis un mois, le malade n'ait éprouvé des accidens que nous devons nécessairement rapporter à un commencement d'altération de la moelle. La maladie a commencé dans la partie inférieure, et elle a marché de bas en haut. Ses progrès ont été bien tracés par ces douleurs en ceinture, et par cette paralysie qui lui succédait tôt ou tard.

Ce cas est encore remarquable en ce qu'il nous donne un exemple d'un ramollissement blanc pâle, ramollissement dans lequel il n'y a pas une goutte de sang, dans lequel même le tissu nerveux est si décoloré, que la substance grise ne saurait être distinguée de la médullaire. A côté de lui, nous voyons un ramollissement rouge, des caractères duquel on s'est servi pour prouver la nature inflammatoire de tous les ramollissemens. Nous admettrons donc, comme fait incontestable, que le ramollissement d'un tissu est indépendant de son plus ou moins d'injection ; et il peut bien se faire que, dans le cas dont il s'agit, le sang n'ait pénétré certains points de la moelle que consécutivement. Je rappellerai enfin cette fausse membrane si fine, recouvrant les hémisphères, et que M. Lelut dit n'avoir observé que chez des aliénés, des choréïques ou chez des sujets offrant des lésions matérielles graves du cerveau. (*Gaz. méd. du 2 janvier.* 1836) Cette fausse membrane était-elle le résultat d'une ancienne méningite ? La chose est possible ; mais le malade ne se rappelait pas avoir jamais eu aucune affection cérébrale.

Observation II.

Apoplexie et ramollissement de la moelle épinière.

Rougeri, âgé de 40 ans, matelassier, travaillait depuis un mois à la halle, occupé à porter sur son dos de lourds fardeaux. Ce nouveau métier le fatiguait beaucoup ; il n'a reçu aucun coup, fait aucune chute sur cette partie et n'a exécuté aucun mouvement du tronc capable de distendre ou de déchirer les parties fibreuses qui unissent les vertèbres entre elles. Il ne s'est pas refroidi, n'est sujet à aucune éruption cutanée, à aucune douleur rhumatismale. Issu de parens non paralytiques, d'un caractère calme ; cet homme se nourrit mal, s'enivre une ou deux fois par mois, et ne fait pas d'excès vénériens. Le 20 mai 1835, sans cause connue, sans frissons précurseurs, il est pris de douleurs vives entre les deux épaules, bornées dans ce point, sans irradiation autour du tronc ; ces douleurs, qui se sont manifestées presque subitement, étaient assez violentes pour le forcer à renoncer à son ouvrage ; ses membres néanmoins n'étaient pas plus faibles qu'auparavant ; il a uriné, a eu des selles volontaires. Cet état de souffrances a persisté jusqu'au 5 juin. A cette époque il a ressenti des douleurs lancinantes dans la partie postérieure et médiane du cou. Il gardait alors la chambre et le lit ; pouvait marcher librement et n'éprouvait aucune dyspnée. Dans la nuit du 6 au 7, les douleurs dorsales ont considérablement augmenté, le malade a été privé de sommeil ; il s'est promené toute la nuit dans sa chambre, en poussant des cris ; il souffrait si cruellement qu'il se fût jeté par la fenêtre si ses amis ne l'en eussent empêché. Il était sans délire. Dans la matinée, il est pris d'étourdissemens ; tombe sans perdre connaissance, mais ne peut se relever, et, à dater de ce moment, il ne peut remuer ni bras ni jambes. Il attribue sa chute à l'étourdissement et nullement à la paralysie qui, selon lui, aurait été consécutive à la chute. Depuis cette époque, il n'a pas eu de selles et a uriné par regorgement. Pendant ces quinze jours de maladie, il a éprouvé quelques envies de vomir sans vomissement, a conservé un peu d'appétit. Le 7, dans la journée, il est survenu de l'étouffement, de l'oppression avec aphonie. On apporta le malade à l'Hôtel-Dieu le 8 juin, 24 heures après sa paralysie. C'est un homme de moyenne taille ; il a peu d'embonpoint ; sa peau et ses cheveux sont bruns ; il est couché en supination. En arrivant près de lui, je suis frappé d'abord par la gêne extrême qu'il éprouve pour respirer. Ses efforts continuels pour faire entrer l'air dans ses poumons lui donnent une anxiété difficile à dépeindre. Il n'y a aucune coloration anormale sur toute la surface du corps. Il n'accuse qu'un peu de pesanteur au front, et quelques légers étourdissemens. Point d'injection aux conjonctives ; les pupilles ont le diamètre d'une tête d'épingle de volume ordinaire ; elles sont immobiles et égales des deux côtés. La vue est intacte. Les autres sens sont à l'état normal. La langue est directe, blanchâtre ; il n'y a pas de soif ; la déglutition est facile ; il n'y a pas de selles depuis deux jours. La vessie distendue remonte jusqu'aux environs de l'ombilic, le malade, depuis hier, urine par regorgement. La respiration est difficile, laborieuse. Il y a relâchement de tous les muscles des parois thoraciques. La poitrine, dépouillée de ses vêtemens, et examinée avec soin, on n'aperçoit aucun mouvement dans les côtes en particulier ; il semble néanmoins que le thorax est très-légèrement tiré en haut par les efforts des muscles sterno-cleïdo-mastoïdiens et trapèzes surtout qui font relief sous la peau, et durcissent considérablement à chaque effort d'inspiration. Les doigts portés profondément jusques sur les scalènes, on ne sent pas ces

muscles résister : il est douteux qu'ils se contractent. On voit aussi se dessiner sous la peau le mouvement fibrillaire de la contraction des muscles peauciers. Le diaphragme se contracte, et il est évident que l'agrandissement de la poitrine s'opère à peu près exclusivement aux dépens de l'abdomen. La respiration se fait sans bruit; le thorax est sonore, l'expiration est brusque, la voix éteinte, la parole brève, saccadée, pénible. Il y a 24 respirations égales; le pouls est à 76. Ses pulsations sont égales et régulières, offrant un peu de résistance au doigt; il n'y a rien à noter du côté du cœur. Le malade ne tousse pas : on n'observe aucune contraction particulière dans les muscles de la face. Les narines ne se dilatent pas plus que de coutume; le pouls veineux existe dans les veines jugulaires. Les membres supérieurs et inférieurs sont dans une résolution aussi complète que possible, sans contracture, avec impossibilité absolue de leur faire exécuter le plus léger mouvement. La sensibilité est intacte dans toutes les parties de la tête. Dans l'espace d'une demi-heure, il y a tantôt insensibilité absolue des membres inférieurs; tantôt le malade paraît sentir très-faiblement. Quant aux parties génitales et au tronc depuis les régions inguinales jusqu'à quelques lignes au-dessous des mamelons, tant en avant qu'en arrière, on peut piquer, pincer le malade sans qu'il témoigne la moindre douleur. La sensibilité est conservée intacte dans les membres supérieurs. Le rachis examiné, tandis que le malade est sur le ventre, on n'aperçoit ni déviation ni saillie : la pression ni la percussion exercées sur chacune des apophyses épineuses, n'excitent aucune douleur. Le malade peut incliner librement la tête à droite et à gauche, lui faire exécuter sans souffrir ses mouvemens de rotation. Il peut également la fléchir, mais ce n'est qu'après de grands efforts : d'ailleurs, la flexion sur la poitrine s'accompagne de douleurs vives dans le cou. Elles sont fixées en ce point, ne s'irradiant point en ceinture. Depuis hier, il y a un peu d'œdème dans les pieds et à la main droite. La résolution est générale; nulle part on ne trouve de résistance musculaire, les chairs sont flasques. Le malade ne peut se mouvoir en aucun sens; il n'y a chez lui d'autre résistance que celle du poids du corps. La chaleur est modérée, égale partout, sans sueurs. Il n'a pas eu, depuis qu'il est malade, ni éjaculations ni érections. Il éprouve constamment le besoin de dormir. On applique trois moxas à la partie postérieure du cou, de la largeur d'une pièce de deux francs. Leur application, quoique sentie par le malade, a été pourtant peu douloureuse pour lui. Le soir, il y a de légères envies de vomir; les mêmes étourdissemens persistent; la conjonctive est injectée; l'intelligence est intacte; la mémoire bonne; point de rêvasseries (saignée de trois palettes, lav. purgatif, sinapismes). Le sang est couenneux; le caillot est mou; la sérosité est en quantité médiocre. Le malade va à la selle sans le sentir. Insomnie pendant la nuit. Le 9, 44 pulsations; la voix est complétement éteinte; il est impossible de rien entendre de ce que dit le malade, dont l'intelligence d'ailleurs, paraît intacte. La respiration offre les mêmes caractères que la veille. Le très-léger soulèvement du thorax en masse, qui semblait exister la veille, n'est plus sensible aujourd'hui. A chaque respiration, on remarque encore les contractions des muscles sterno-mastoïdiens, peauciers, et à peine celle des muscles trapèzes. Si on fléchit la tête, il ne semble pas qu'on excite de la douleur. Les pupilles sont toujours serrées, égales, immobiles; la conjonctive est toujours injectée; la sensibilité s'arrête de haut en bas, au niveau des mamelons, elle n'est intacte qu'à la face et au cou, car de la fourchette sternale aux mamelons elle semble plus obtuse, elle est abolie dans les membres thoraciques. Chaleur de la peau sèche, âcre, le pouls ample, régulier, bat 92 fois. Le malade s'éteint dans la journée sans rien offrir de particulier.

Autopsie, 17 heures après la mort.

La rigidité cadavérique existe encore. Il y a au milieu de la région sacrée une petite dépression noirâtre, dure, du volume d'un pois d'iris et qui nous paraît être un point de mortification des tégumens.

Axe cérébro-spinal, tête. Injection générale des méninges par stase. Ces membranes se séparent aisément. Au cerveau, leur surface interne reste lisse. La substance cérébrale, généralement peu consistante, ne nous offre d'ailleurs aucune autre altération appréciable.

Moelle. Quelques arborisations rouges existent à la surface des membranes d'enveloppe de la moelle; elles sont surtout marquées entre les deux omoplates. A la hauteur de l'épine de ces os, et dans l'étendue de deux pouces neuf lignes, existe une coloration rouge-bleuâtre. A commencer par ce point, et en remontant supérieurement, on sent, dans une étendue de quatre pouces, une fluctuation des plus évidentes. C'est au niveau de cette partie ramollie seulement, qu'on trouve quelques adhérences faciles à déchirer, entre les faces opposées de l'arachnoïde. La moelle, coupée longitudinalement, on constate un ramollissement de six pouces de long, qui cesse brusquement en bas, et dans ce point on voit une coloration plus rouge, produite par du sang épanché. Tout à fait au centre, on trouve un caillot noirâtre, semi-fluide, du volume d'une amande dépouillée de son enveloppe. Supérieurement, le ramollissement s'arrête à un pouce au-dessous de l'insertion de la moelle à la protubérance. Dans ce point, la couleur du ramollissement cesse aussi brusquement qu'en bas: néanmoins, dans une étendue de plus de six lignes encore, la moelle présente une couleur jaunâtre, et offre dans ce point une consistance évidemment moins ferme que celle qu'elle a dans la portion lombaire reconnue tout à fait saine. A part une demi-ligne de substance blanche qui forme l'écorce ou l'enveloppe, la moelle est ramollie dans toute son épaisseur. Ce ramollissement est rougeâtre, offrant à son extrémité supérieure trois petits caillots noirs, isolés, du volume d'un pois. Au-dessous, la partie ramollie a, dans l'étendue d'un pouce, l'aspect d'un tissu gangrené, mais sans odeur caractéristique. Dans la partie moyenne du ramollissement, on trouve sur une sur-

face de quatre à six lignes de long, une portion plus consistante, d'apparence granulée, paraissant formée par la substance grise, roussâtre, et par un tissu cellulaire résistant. Tout le ramollissement est central; il ne paraît pas affecter la partie antérieure plutôt que la partie postérieure de la moelle.

Poitrine. Le cœur n'offre de remarquable qu'une distension énorme de ses cavités, produite par une accumulation de sang noir et fluide qui présente ces mêmes caractères dans les veines et les artères des membres où on le trouve en grande quantité. Les poumons n'offrent rien de particulier.

Abdomen. Les viscères abdominaux, examinés avec soin, ne nous présentent aucune altération appréciable.

Remarques. La chute que cet homme a faite, et à la suite de laquelle il a été instantanément paralysé, est-elle le résultat d'un étourdissement comme il le prétendait lui-même, ou ne dépendrait-elle pas plutôt, comme je le pense, d'une paralysie instantanée, foudroyante? Peu importe qu'on adopte la première opinion; il est évident que, dans ce cas, l'individu a été paralysé brusquement comme il l'eût été d'une moitié du corps dans une hémorrhagie cérébrale. Une paralysie aussi brusque, est très-rare dans les maladies de la moelle. Elle ne dépend pas du ramollissement qui, se faisant peu à peu, doit produire à son tour une paralysie progressive. Mais dans le cas dont il s'agit, outre le ramollissement, il y avait de plus une véritable apoplexie développée aux deux extrémités des points ramollis. Il est probable que c'est à cet épanchement, subitement formé, qu'on doit attribuer la paralysie instantanée, l'un des phénomènes les plus curieux de cette observation.

Quelle était la nature de cette production celluleuse qu'on trouvait au centre de la partie ramollie? Était-ce une cicatrice de quelque ancien foyer, comme dans le cas rapporté par M. Cruveilhier (1)? Les antécédens de ce malade, recueillis avec soin, rendent cette supposition peu admissible.

Après avoir diagnostiqué la maladie de cet homme, je fus d'abord embarrassé pour expliquer l'aphonie, puisque le larynx se contracte et se dilate sous l'influence des nerfs cérébraux. Mais en examinant attentivement le malade, il était évident que ce phénomène, que je regardais d'abord comme une anomalie, dépendait de l'état même de la respiration; c'est-à-dire, de la difficulté avec laquelle s'opérait l'expiration qui est une condition indispensable pour la formation de la voix. L'expiration n'est donc pas un phénomène aussi passif que le disent les physiologistes. Il exige des efforts musculaires qui étaient devenus impossibles dans le cas dont je parle.

Dans les deux observations précédentes, nous trouvons une douleur locale qui indique à peu près exactement les progrès de l'affection de nature névralgique; dans le premier cas, elle a existé en ceinture et successivement autour du bassin, du ventre et de la poitrine. Elle ne précédait que de quelques jours la paralysie du sentiment. Cette forme de la douleur me semble devoir être d'une grande importance dans le diagnostic des affections de la moelle. Chez le second malade, la douleur fut lancinante, atroce au début de l'affection; et, à l'autopsie, nous avons trouvé des adhérences récentes entre les faces opposées de l'arachnoïde. Ces douleurs ont donc été, dans ce cas, symptomatiques d'une arachnitis-spinale; et, si on n'a observé aucun phénomène tétanique, cela tient probablement à ce que l'inflammation a été limitée à un petit espace. La douleur qui accompagne le ramollissement paraît devoir être beaucoup moins intense. En effet, à la partie postérieure du cou, où j'ai noté l'existence d'une douleur médiocre, je n'ai constaté à l'autopsie qu'un ramollissement avec hémorrhagie légère, sans altération appréciable des méninges.

Les lecteurs qui auront comparé les ramollissemens et les apoplexies de la moelle avec ces mêmes lésions dans le cerveau, auront été frappés de deux anomalies, savoir : l'absence de toute contracture dans le ramollissement et la longueur des symptômes précurseurs dans l'apoplexie. Ceux-ci dépendent probablement de ce qu'un ramollissement plus ou moins étendu et rapide précède peut-être toujours l'apoplexie de la moelle.

Dans les deux observations précédentes, les lésions graves dont j'ai combattu l'existence, expliquent bien les phénomènes observés pendant la vie; mais il n'est pas rare de rencontrer des cas de paraplégie, sans altération appréciable du côté de l'axe cérébro-spinal.

Je pourrais à ce sujet citer deux observations de paraplégie, presque complète, avec atrophie des membres inférieurs, datant déjà de plusieurs années; une autre observation de paralysie saturnine, enfin, un cas de chorée, dans lesquels l'examen anatomique, fait avec le soin le plus scrupuleux, n'a fait découvrir dans l'axe cérébro-spinal aucune lésion appréciable.

Il y a à peine deux mois, j'ai fait avec MM. Chomel et Louis, l'autopsie d'une dame paraplégique depuis six mois, et qui éprouvait dans les membres inférieurs des douleurs atroces, dès qu'on voulait les remuer, les soulever même légèrement. A l'ouverture du cadavre, nous n'avons constaté, ni dans la moelle, ni dans ses enveloppes, aucune espèce de lésion. Les vertèbres lombaires ramollies ne formaient aucune gibbosité; elles n'étaient pas sensiblement tuméfiées. Le canal vertébral ne paraissait pas rétréci.

Nous sommes donc forcés d'admettre dans les maladies de la moelle, identiques en apparence, des lésions de structure et des lésions purement fonctionnelles.

(1) Anat. Pathol. 3e liv.

N° 4. — 23 JANVIER.

Réflexions sur quelques points de Nosologie et de thérapeutique, concernant les maladies des organes lacrymaux; par CARRON DU VILLARDS, chirurgien du Dispensaire ophthalmique.

En commençant cet article, je m'écrierai avec M. de Vigny, au sujet de sa tragédie de *Chatterton* : « Il est

« vraiment pénible de parler pour des gens qui ne peu-
« vent entendre, et d'écrire pour des hommes qui ne
« savent pas lire. »

En, effet, quand je vois à chaque instant les mots de tumeur et de fistule lacrymales, jetés çà et là dans des ouvrages didactiques, dans des écrits périodiques, enfin dans des thèses de concours, je me demande si l'on s'amuse à répéter ce que l'on a écrit depuis si longtemps, ou bien si l'on ignore. ou mieux encore si l'on feint d'ignorer qu'en l'an 1803, l'illustre professeur Schmidt, de Vienne, avait publié *ex-professo*, un ouvrage complet sur les maladies des organes lacrymaux, contenant une nosologie raisonnée des affections qui nous occupent (1).

Ce livre est dans les mains de tous ceux qui voient dans l'étude de l'ophthalmologie autre chose que les traditions routinières des ancêtres. Quand on a lu et médité ce travail, on ne peut réprimer un sourire de pitié pour les hommes qui s'élèvent chaque jour contre ceux qui professent des spécialités, comme si la plupart des progrès des sciences médico-chirurgicales n'étaient pas dus aux travaux de patiens et laborieux monographes.

Pour peu que l'on réfléchisse, il sera aisé de se convaincre que, désigner par le nom de tumeur lacrymale les diverses et nombreuses affections qui occupent le sac lacrymal et ses annexes, c'est employer une désignation aussi vague, aussi impropre que de nommer tumeur de l'aîne une foule de maladies qui ont leur siége dans cette partie du corps.

La tumeur, que l'on nomme, fort mal à propos, lacrymale peut être produite :

1° Par une inflammation de la substance même du sac, inflammation isolée de toute autre partie, et que l'on nomme : *Dacryocistite simple*, *dacryocistitis simplex ;*

2° Par une inflammation érisypélateuse du grand angle de l'œil n'occupant que les tissus extérieurs : *Dacryocistitis erisypelatosa ;*

3° Par l'emphysème du sac lacrymal ; soit traumatique, soit résultat d'une ulcération.

4° Par l'inflammation de la membrane muqueuse, avec ou sans écoulement catarrhal ou puriforme, ce qui constitue la *dacryocistitis catarrhalis ;*

5° Par l'inflammation phlegmoneuse qui occupe les diverses parties constituantes du sac ainsi que le périoste, ce qui donne lieu à la *dacryocistitis phlegmonosa ;*

6° La tumeur au grand angle de l'œil est formée par la distension du sac lacrymal, qui, elle-même peut reconnaître plusieurs causes.

A. La rétention des fluides secrétés normaux ou anormaux ;

B. L'accumulation d'un pus concrété dans l'intérieur du sac (2) ;

C. La présence d'un polype fibreux ou vésiculeux (1);

D. La formation de substances calcaires, tophacées, agglomérées dans le canal et sac lacrymaux, maladie connue sous le nom de *dacryolithis* (2) ;

E. Les plaies ou brûlures, avec perte de substance des conduits, du sac et du canal lacrymaux, affection connue sous le nom de *stenocgoria sacci et ducti lacrymalis ;*

F. Enfin, la présence d'un polype ou d'un exostose dans le nez : *Obstructo polyposa aut ossea.*

Voilà donc une foule de causes qui peuvent occasionner une prétendue tumeur lacrymale, qui, souvent n'est, tout au plus, que le symptôme le plus apparent d'une affection complexe.

Allez maintenant, avec des indications aussi incertaines, vous faire planter une canule dans le nez à l'Hôtel-Dieu, comme le disait M. le professeur Boyer avec cette bonhomie spirituelle et épigrammatique qui le caractérisait.

Mais ce que disait M. Boyer était bon pour l'époque où le grand chirurgien, dont nous déplorerons longtemps la perte, plantait à tort et à travers des canules dans le sac nasal, et soignait les affections lacrymales en coupe réglée, fatigué qu'il était de la longueur des traitemens ordinaires.

Qu'arrivait-il de cette concentration de personnes qui venaient se faire introduire ces tubes d'argent dans le nez ? C'est que, quelques mois ou quelques années après, ils étaient forcés de se les faire arracher ailleurs.

J'ai eu cette peine un bon nombre de fois. A la Charité, on en faisait des *gorges chaudes* ; et les chirurgiens allemands soutenaient des thèses sur l'insuffisance du moyen curatif, si préconisé par le baron Dupuytren.

Témoin de ces faits, M. Sanson, aîné, se convainquit qu'il fallait en appeler de la parole du maître ; aussi ce chirurgien éclairé et consciencieux, ne tarda-t-il pas à tenter d'autres moyens.

En effet, la canule peut-elle guérir une inflammation chronique du sac? Sa présence ne détruit-elle pas un polype du canal ou du sac? Au contraire, cette production morbide la refoule en haut ; et j'ai montré un cas de cette nature aux élèves du Dispensaire, sur un jeune homme à qui M. Lisfranc avait posé une canule.

Peut-on compter sur le tube métallique pour opérer la destruction des concrétions pierreuses? Encore moins. Tout homme guidé par une saine chirurgie variera son traitement selon la nature du mal.

Les maladies du sac proprement dit, la dacryocisto aiguë et chronique, peuvent être guéries sans opérations. Aux moyens proposés par Ambroise Paré, Anel, Laforest, Rosas, Gama, Lisfranc, j'ai ajouté la douche aqueuse ou de vapeur sur les organes lacrymaux. (Voir le *Bulletin thérapeutique*, 1835.)

Dès que Gensoul eut replacé le cathétérisme nasal

(1) Uber die krankheiten der thranen-organs, Vienne, 1803.
(2) Mackensie et Travers.

(1) Græfe and Walther journal Band, s. 133.
(2) Græfe, id.

au nombre des moyens de guérison des maladies des voies lacrymales, j'ai employé des injections par le canal nasal, injections dont je varie la durée et la composition.

L'application de ce procédé au traitement des organes destinés à recevoir ou à conduire les larmes, a été rendue plus facile en employant une sonde de gomme élastique à pavillon métallique, que l'on soutient avec l'ingénieuse pince employée par M. Deleau jeune, pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Le cathétérisme de l'orifice inférieur du canal nasal à été rendu très-facile par la modification qu'y a fait subir le docteur Verpillat (1). En effet, ce chirurgien n'enfonce point le mandrin armé du tube en caoutchouc dans le canal, il en engage simplement l'extrémité dans le hyatus inférieur, et en faisant glisser sa sonde, et en la tournant en spirale sur le mandrin, manœuvre au moyen de laquelle elle avance, tandis que celui-ci reste immobile. En agissant ainsi, la sonde peut arriver jusqu'au plus haut point du canal osseux sans le froisser, et sans contondre le sommet, comme le fait quelquefois la sonde en argent. En injectant ainsi dans le sac des substances médicamenteuses émollientes, sédatives, détersives, irritantes, caustiques ou acidulées, l'on peut guérir en peu de temps des affections pour lesquelles l'on avait proposé de prime-abord l'opération.

La facilité avec laquelle l'on parcourt le canal nasal m'a suggéré l'idée d'employer ce moyen comme agent explorateur (2). Le résultat de cette pratique m'a singulièrement étonné; car, sur vingt cas de prétendues fistules lacrymales, j'ai trouvé dix-huit fois le canal sain, jusqu'à l'orifice inférieur du sac, où existe le mal. Il n'y a pas longtemps, qu'à la consultation de mon ami le docteur Sichel, je parcourais avec un stylet courbe tout le canal nasal, dont l'orifice supérieur seulement était obstrué par une maladie de l'os maxillaire supérieur.

De ces divers faits, je déduis les considérations pratiques suivantes :

1° Avant de tenter une opération, ayant pour but de rétablir le libre écoulement des larmes, il faut s'assurer positivement de l'état du canal ;

2° Pour parvenir à ce but, si l'altération du cours des larmes existe, sans ulcération ou perforation du sac, on ne peut reconnaître l'état du canal nasal qu'en le cathétérisant par le nez ;

3° Si le sac est ulcéré et fistuleux, en introduisant avec précaution un stylet approprié, on reconnaît le trajet osseux dans toute sa longueur ;

4° Si celui-ci est sain, il est inutile d'employer le procédé renouvelé par Dupuytren; car la maladie, existant dans le sac, la canule, bien loin de guérir le sac, fera l'office de corps étrangers, et ne videra qu'imparfaitement le sac;

5° S'il existe une ouverture fistuleuse, rien n'est plus facile que d'en profiter en introduisant, avec mes sondes en poils de sanglier ou d'éléphant, un fil de soie pour établir un écoulement par filtrage, selon le procédé de Martini (1), ou un séton simple ou escarrhotique, selon la méthode de Bermond, de Bordeaux ;

6° Par la même incision, l'on peut introduire des tentes en plomb, en boyaux, en bougies, qui vaincront peu à peu et graduellement la contraction du sac.

Quant à la fréquence des maladies du sac, comparée à celle du canal, rien n'est plus facile que de le constater en tentant la méthode des injections par les deux extrémités opposées.

Ainsi, vous verrez le liquide, poussé par les points lacrymaux, refluer, quel que soit le degré de force employé pour les faire pénétrer dans le canal nasal. Tandis que, si vous injectez par l'orifice inférieur du canal osseux, vous verrez le liquide sortir immédiatement par les points lacrymaux, comment expliquer ce fait, si ce n'est par des coarctations valvulaires, analogues à celles qui existent dans le trajet fistuleux des membres, ou bien dans les rétrécissemens urétraux, qui ne laissent point passer le liquide qui vient de la vessie, tandis que celui que l'on y injecte, pénètre sans obstacle.

Voici maintenant quelques faits.

Observation I.

Dacryocistite simple; épiphora muqueux; état chronique très-prononcé.

Soulier, corroyeur, vint à la consultation du Dispensaire, dans les premiers jours de février 1835, il portait une tumeur indolente au grand angle de l'œil, et m'était recommandé par un confrère qui me priait de lui placer une canule. Après avoir reconnu la nature du mal, je déclarai à Soulier que bien que la maladie fût ancienne, il me paraissait probable que l'on pourrait se dispenser d'opérer.

Je lui prescrivis de simples instillations avec de l'eau aiguisée avec du nitrate d'argent fondu, en ayant soin de rester couché sur le dos, pendant que l'aspiration des points lacrymaux avait lieu.

En moins de six semaines la guérison fut complète.

Observation II.

Dacryocistite phlegmoneuse avec suppuration; ouverture de l'abcès; guérison.

A., âgée de 39 ans, cuisinière chez M. le général Durocheret, demeurant rue de Montholon, n. 7. *bis*, me fut adressée, dans les derniers jours de septembre 1834, elle portait, au grand angle de l'œil, une énorme tumeur phlegmoneuse prête à abcéder. Je diagnostiquai une dacryocistite, ou mieux un gilops phlegmoneux; car ici le sac ne me paraissait pris que secondairement.

J'évacuai immédiatement l'abcès par une incision

(1) Nouvelle méthode de sonder le canal nasal. Béchet, 1836.

(2) Guide pratique pour l'exploration de l'œil et ses annexes.

(1) Diss. de fili seria usu, in Rosius, vol. 2, p. 200.

longue et superficielle. Voici les motifs de cette conduite. Si le sac n'est point suppuré, en pratiquant une incision par ponction, je pouvais blesser celui-ci et produire une fistule du sac, maladie qui n'existait point. En effet, après avoir vidé le pus, injecté la poche suppurante, je ne tardai point à me convaincre que, ni le liquide, ni la pointe d'un stylet mousse ne pénétraient point dans le sac réservoir des larmes.

Au moyen d'un pansement convenable, j'amenai rapidement la cicatrisation de la plaie : il ne resta qu'un petit engorgement local que le temps ne tarda pas à dissiper.

Observation III.

Madame J***, demeurant place de la Bourse, n°. 8, portait depuis longtemps une dacryocistite chronique ou sécrétion mucoso-purulente très-abondante : la malade, fort irritable, ne pouvait supporter les injections par les points lacrymaux. Je proposai de leur substituer celles par le canal nasal. Pour accoutumer la muqueuse des fosses nasales au contact de la sonde, j'engageai la malade à introduire plusieurs fois dans la journée, dans l'intérieur des narines, une petite bougie en cire, légèrement recourbée. Par cette petite manœuvre, la muqueuse nasale perdit sa susceptibilité, et il fut aisé de pratiquer le cathétérisme nasal, au moyen du procédé de M. Verpillat.

Aussitôt qu'elle fut en place, j'injectai à plusieurs reprises une légère infusion de thé, que j'aiguisai quelques jours après avec quelques gouttes de teinture d'iode. Quelques semaines de ce traitement amenèrent une guérison qui s'est soutenue.

Observation IV.

Il y a environ deux ans, que le nommé J. . ., ouvrier chez M. Valogne, rue J.-J. Rousseau, n. 15, fut reçu dans le service de M. Lisfranc, pour se faire soigner d'une inflammation du sac lacrymal, avec un écoulement muqueux. Les saignées générales et locales, les cataplasmes et les fumigations, enfin toute l'artillerie antiphlogistique du chirurgien de la Pitié ayant échoué, celui-ci jugea devoir recourir à l'application de la canule. L'opération n'offrit rien de marquant : quelques jours après on renvoya le malade chez lui, avec promesse certaine de guérison. Mais elles sont fallacieuses les promesses qui réposent sur le tube métallique ! car, non-seulement la maladie ne s'amenda pas, mais encore la canule se trouva en peu de temps refoulée vers la partie supérieure du sac, où elle détermina une saillie avec un petit point suppuré.

Je conseillai d'extraire la canule, et j'y procédai facilement en présence de M. Cadet (de Villedieu) et Chalier (d'Avranches). Aussitôt après son extraction, je vis surgir de l'incision un polype vasculoso-cellulaire, gros comme un pois chiche. Je le saisis avec une pince à anneaux, et j'en opérai l'avulsion : je cautérisai ensuite son point d'insertion pour empêcher la récidive.

Depuis lors j'ai rencontré ce jeune homme, il ne lui reste qu'un léger écoulement muqueux, qu'il tarira quand il jugera convenable de se soumettre aux injections nasales.

Observation V.

M. G***, négociant allemand, très-connu aussi de M. Sichel, fut opéré, à Strasbourg, pour une blennorrhée du sac lacrymal, que l'on crut guérir par l'application d'une canule. Vain espoir ! les symptômes persistèrent, et la canule fut refoulée vers la partie supérieure du sac, d'où je me proposais de l'extraire, lorsque j'ai perdu de vue le malade.

Quelque fort que soit le calibre de la canule, quelque solidement placée qu'elle paraisse, elle est facilement refoulée en haut par la muqueuse du conduit qui s'hypérémie, de la même manière que l'inflammation de la membrane intra-alvéolaire chasse au-devant d'elle une dent saine.

J'ai souvent entendu dire, par mon ami le professeur Panizza, que quelques dentistes étranglaient fortement le collet de la dent avec un fil de soie, pour y produire une inflammation artificielle ; et, partant, l'ébranlent de l'organe par l'hypérémie de la membrane de l'alvéole.

Ces généralités, jetées à la hâte, recevront un entier développement dans un ouvrage spécialement destiné à l'examen critique des diverses méthodes de guérir les affections des voies lacrymales.

Je me suis borné à indiquer quelques faits, afin de prémunir mes confrères contre l'aveugle empirisme qui veut toujours appliquer le même procédé aux formes diverses d'une affection si souvent complexe.

J'abandonne ces réflexions aux hommes consciencieux, laissant aux empiriques le soin de se vautrer dans les louanges prétentieuses et ridicules qui leur sont prodiguées par des prôneurs ignorans et stipendiés.

N° 5. — 30 Janvier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU SANG.

Recherches sur la formation et la composition de la couenne inflammatoire du sang, et sur les causes qui peuvent déterminer des modifications dans ses propriétés physiques ; par M. le Dr Montault.

On sait que, dans l'état normal, la surface du caillot présente une couleur rosée, dans l'épaisseur d'une ligne environ, et que, dans certaines maladies (principalement dans celles dites inflammatoires), cette même surface offre une couche dont la couleur, la transparence, l'épaisseur, la consistance, la forme, le volume, varient suivant une foule de circonstances : c'est cette couche variable, formée à la surface du caillot, que l'on nomme couenne du sang, *crusta inflamatoria.*

Elle a été étudiée par un grand nombre d'auteurs, au nombre desquels nous citerons plus particulièrement Lamure, Cœlius Aurélianus, Las-Rivière, Triller,

C. Heincken, Baglivi, Sydenham, Boerhaave, Dehaën, Macbride, Fordyce, Gesner, Moscati, Sarcone, John, Hewson, Beaumé, Deyeux, et Parmentier, Fourcroy, Vauquelin, Thénard, Darwin, Berzélius, Babington, Muller, Denis, etc.; ce dernier, surtout, a bien exposé les phénomènes que présente sa formation.

§ I. *Formation et composition de la couenne.*

On a proposé un grand nombre d'explications pour rendre compte de la formation de la couenne : ainsi, on l'a attribuée à l'augmentation de la fluidité, à la dissolution plutôt qu'à l'épaississement du sang (Macbride, Fordyce, Gesner, Moscati, Hewson).

Par contre, et c'est l'opinion du plus grand nombre des auteurs, elle a été rapportée à l'augmentation de la force plastique ou concrescibilité du sang. Depuis longtemps, en effet, on a dit qu'il y a augmentation de *cruor* et de *fibrine* dans les maladies *hypersthéniques*, diminution, au contraire, de ces deux principes immédiats dans les affections *asthéniques* (1).

On a dit que la couenne dépend de l'augmentation dans la température du sang, ce qui s'accorde avec les expériences de MM. Prevost et Dumas qui ont vu que la chaleur animale est en raison directe du nombre des globules.

Darwin l'attribuait à l'augmentation de la sérosité des tuniques artérielles (zoonomie), opinion qui n'est pas sans avoir quelques rapports avec celle qui fait dépendre la fièvre simple ou inflammatoire de l'irritation du cœur et des gros vaisseaux (J. P. Frank, Bouillaud).

Elle a été trouvée composée de fibrine durcie (Baumé, Deyeux et Parmentier); d'albumine coagulée (Fourcroy, Vauquelin, Thénard, Dowler et Gendrin, etc.); de beaucoup de gélatine (Orfila), de lymphe coagulable (Thomson).

Berzélius croit qu'elle contient tous les principes élémentaires qui constituent le caillot, et que les variétés qu'elle présente dans ses propriétés physiques, dépendent du nombre ou des proportions de ces principes.

M. Denis la regarde comme de la fibrine solidifiée; mais, suivant lui, le phénomène de la solidification de la fibrine, de même que celui de sa solution dans l'état vivant, est inexplicable.

D'après M. B. Babington (2), le sang couenneux est composé de *liqueur du sang* et de *matière colorante;* la séparation de la première en fibrine et en sérum dans les inflammations, ce qui n'a pas lieu dans l'état de santé, annonce la mort du sang.

Suivant M. Muller (3), la fibrine du sang viendrait de même du sérum, et non pas des globules, ainsi que cela semble résulter de ses expériences sur les grenouilles (1).

D'après MM. Piorry et Mondezert, la couenne provient du sérum, et se compose d'albumine, puisqu'elle peut se former sur le sérum décanté. (Voy. Journ. Hebd. 1834, t. 2, n° 22, p. 281).

Elle dépendrait d'un excès d'acide et de la combinaison de cet acide et de l'albumine, d'après M. Doné (2), qui a observé que l'exhalation séreuse devient acide dans l'état inflammatoire, et qui voit, dans cette acidité, la raison de la coagulation de l'albumine à la surface des membranes inflammées : d'où analogie entre la couenne et les fausses membranes que Bichat regardait comme de l'albumine coagulée.

Suivant M. Caffort (3), elle dépendrait de l'amélioration du sang : cette amélioration séparant la fibrine de la matière colorante, de même que cela arrive artificiellement lorsqu'on fouette le sang au sortir de la veine, cette fibrine occupe alors la superficie du caillot.

M. Bouillaud, dans l'une de ses leçons, en 1835, a été tenté de regarder la couenne comme le produit d'une exhalation *pseudo-membraneuse* de la tunique interne des vaisseaux irrités (dans le cas, du moins, de rhumatisme articulaire fébrile, à cause de la loi de coïncidence, signalée et découverte par ce professeur entre cette maladie et l'inflammation du tissu séro-fibreux du cœur et du système vasculaire). Nous avons déjà vu que Darwin l'attribuait à l'augmentation de la sérosité des tuniques artérielles.

Il résulte de ce qui précède, que le plus grand nombre des auteurs s'accordent pour regarder la couenne du sang comme composée de *fibrine solidifiée* ou d'*albumine* coagulée : or, on sait que, d'après M. Raspail, la fibrine n'est que l'albumine insoluble alliée à certains sels.

§ II. *Des différences que peut présenter la couenne dans ses propriétés physiques.*

La couenne présente des différences suivant un grand nombre de circonstances : 1° suivant la forme du vase où le sang est reçu. Ainsi, on a remarqué qu'elle est plus *forte* et plus *prompte* dans un vase à la fois étroit et profond (Dehaën (4), Babington (5));

2° Suivant le nombre de saignées pratiquées sur le même sujet. Ainsi, Dehaën avoue que, dans ce cas, elle n'est pas la même pour toutes les saignées;

3° Suivant que le sang a été recueilli au commence-

(1) Voy. John. Tableaux chimiques sur le règne animal, trad. de Robinet, p. 37.

(2) Médic. chirurg. trans. of London, t. XVI, 2e partie.

(3) Lettre adressée à l'Académie des Sciences le 10 décembre 1832.

(1) Reste à savoir si MM. Babington et Muller, qui paraissent avoir expérimenté sur des sujets différens, ont bien réellement agi sur du sang pris dans des états identiques, c'est-à-dire, dans l'état normal ou inflammatoire.

(2) Lecture faite à l'Acad. des Sciences, le 27 janvier 1834.

(3) Mém. sur les caract. anat. et phys. de l'inflammation, Paris, 1834.

(5) Ratio medendi, t. 1, p. 323.

(5) Médic. chirurg. trans. of London, t. XVI, 2e partie.

ment, au milieu, ou à la fin de l'opération de la saignée (Deyeux et Parmentier (1). M. Denis affirme cependant, d'après ses expériences (2), que le sang pris au commencement ou à la fin de la saignée est le même : sans doute, quant à ce qui regarde son analyse, mais cela n'est peut-être pas aussi certain pour ce qui est de ses propriétés physiques ;

4° Suivant la grandeur de l'ouverture de la veine et le mode d'écoulement du sang. Ainsi on observe principalement la couenne, lorsque le sang sort avec vîtesse et par une large ouverture, en un mot à plein jet : il faut noter cependant avec Pinel (3), que le sang a été trouvé couenneux dans certains cas où il avait coulé goutte à goutte.

5° Suivant les conditions morales dans lesquelles le sujet se trouve au moment même de la saignée (Deyeux et Parmentier) : M. Gendrin a remarqué encore que le sang cesse d'être couenneux lorsque l'individu saigné tombe en syncope.

L'incertitude qui règne peut-être, sous certains rapports, sur les résultats obtenus par les auteurs cités, mais surtout le désir de voir et de juger par moi-même, me déterminèrent, placé d'ailleurs dans une position favorable à l'Hôtel-Dieu, à faire quelques expériences sur ce sujet, en tenant bien compte de toutes les circonstances et conditions qui peuvent faire varier les résultats. J'ai eu principalement pour but de vérifier quelle part ou influence peuvent avoir, sur quelques unes des propriétés physiques de la couenne, la forme et la grandeur du vase où le sang est reçu, l'état de l'ouverture faite à la veine et la manière de couler du sang.

J'ai choisi trois vases, que je désignerai et décrirai de la manière suivante :

Vase A. Bassin en cuivre, large et à fond plat, mis en usage dans les hôpitaux.

Vase B. Verre à patte, dont on se sert au lit du malade pour recueillir et observer les urines, et qui est aussi employé dans les manipulations chimiques.

Vase C. Eprouvette, ou tube étroit et très-profond.

Première expérience.

Le 16 avril 1833, à 8 heures du matin, je saignai au bras droit, un homme âgé de 39 ans, et atteint, depuis sept jours, d'une pneumonie droite au deuxième degré (hépatisation rouge), le sang coula à plein jet et fut reçu alternativement dans les trois vases désignés plus haut, mais de telle façon que chacun de ces vases contînt du sang écoulé au commencement, au milieu et à la fin de la saignée. Une première saignée, pratiquée la veille, avait été couenneuse. Le sang, tiré le 16, fut examiné le lendemain, 24 heures après avoir été retiré du bras de l'individu et nous permit d'observer ce qui suit dans chacun des vases où il avait été reçu (1) :

Vase A. Point de sérosité, point de couenne, seulement le caillot offre à sa surface un peu plus de densité que dans le reste de sa masse.

Vase B. Séparation du sang en sérum et en caillot ; la sérosité entre pour un tiers dans sa quantité ; le caillot est recouvert d'une couenne d'une ligne d'épaisseur.

Vase C. Séparation en sérum et en caillot ; le sérum y est pour moitié, le caillot présente une couenne d'un quart de ligne d'épaisseur seulement.

Il résulte de cette première expérience que la couenne a été trouvée plus épaisse dans le vase B, de moyenne grandeur et profondeur.

Deuxième expérience.

Le 21 avril 1833, à 9 heures du matin, je saignai au bras un jeune homme de 20 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, au quatrième jour, d'une pleuro-pneumonie droite : le sang coula à plein jet et fut reçu dans les trois vases A, B, C, avec les mêmes précautions que dans la première expérience ; voici le résultat de l'examen qui fut fait 23 heures après la phlébotomie.

Vase A. Point de sérosité ; couenne d'une ligne d'épaisseur, dans quelques endroits seulement.

Vase B. Peu de sérosité ; couenne d'un quart de ligne d'épaisseur.

Vase C. Peu de sérosité ; couenne d'une demi-ligne d'épaisseur ; la couenne fut donc trouvée plus épaisse dans le vase C, le plus étroit et le plus profond.

Troisième expérience.

Le surlendemain, 23 avril, le sujet de la deuxième expérience fut de nouveau saigné au bras ; le sang coula à plein jet, et fut reçu cette fois-ci seulement dans le vase A. Ce sang, examiné 24 heures après avoir été tiré, présenta un caillot, sans sérum, recouvert d'une couenne de deux lignes d'épaisseur.

Quatrième expérience.

Je saignai au bras un homme atteint de pneumonie depuis sept jours. Le sang coula *en bavant*, et fut reçu dans le vase A. Six heures après, une nouvelle saignée fut pratiquée, et le sang, qui coula à plein jet, fut reçu dans le même vase A. Le sang de ces deux saignées fut ensuite examiné au même moment. Celui de la première saignée (qui avait coulé en bavant) fut trouvé *non couenneux;* celui de la deuxième saignée (qui avait coulé à plein jet) présenta une couenne épaisse. — J'ai constaté le même résultat dans un autre cas où il y eut un intervalle de huit heures entre les deux saignées : du reste, les autres circonstances avaient été les mêmes.

(1) Exp. en 1794 insérées dans le journal de physique et de chimie.

(2) Rech. exp sur le sang humain, p. 73 et suiv.

(3) Nosogr. philos. t. 1, de la fièvre inflam.

(1) Il est inutile de faire remarquer que ces vases furent conservés en repos.

Conclusions.

1° La forme du vase influe sur les propriétés physiques de la couenne inflammatoire, comme l'ont avancé Dehaën et M. Babington : son épaisseur est, en général, en raison directe de la petitesse et de l'étroitesse du vase où le sang est reçu. (Exp. 1, 2);

2° Le nombre des saignées pratiquées, l'état physique et moral de l'individu, influent encore sur les propriétés de la couenne dans la même maladie, puisque j'ai vu, sur le même sujet, le sang *très-couenneux*, bien qu'il ait été reçu dans le vase le moins favorable à la formation et à l'épaisseur de la couenne (exp. 3), tandis que le sang, tiré deux jours auparavant, du même individu, et reçu dans un vase où la couenne se forme facilement, avait été moins couenneux (exp. 2). Dehaën a donc eu raison de dire que la couenne n'est pas la même pour toutes les saignées;

3° Toutes choses étant égales d'ailleurs, la couenne est plus forte et plus prompte lorsque le sang coule avec un jet plein et continu, par une large ouverture faite à la veine, que dans le cas où l'ouverture est petite et dans lequel le sang sort en bavant, vérité qui est maintenant populaire en fait d'observation clinique. — Il ne faut pas perdre de vue que, dans toutes ces expériences, j'ai fait abstraction de la trace du sang : autrement, on pourrait m'objecter l'assertion de Pinel, que le sang a été trouvé *couenneux* dans des cas de fièvre *inflammatoire* où il avait coulé *goutte à goutte*.

H. Montault, D. M. P.

BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

JANVIER 1835.

HOTEL-DIEU.

Service de M. Bally. — Clinique de M. Piorry.

Névralgie brachio-thoracique, ayant succédé à une sciatique, alternant ou coïncidant avec d'autres névralgies; guérison.

Une femme âgée de 28 ans, couturière, est accouchée il y a deux ans; et, depuis ce temps, elle commence à éprouver des douleurs dans la région du cœur; ces douleurs ont été accompagnées de quelques frissons : les circonstances commémoratives n'apprennent point qu'elle ait été soumise à l'action des miasmes marécageux. Après un accouchement, des douleurs très-vives ont eu lieu pendant quelque temps dans le trajet du nerf sciatique gauche, et, depuis, elle a éprouvé encore des engourdissemens dans le pied gauche. Jamais il n'y a eu d'odontalgie.

Depuis trois semaines, elle a ressenti des douleurs dans le côté droit de la face, douleurs pour lesquelles elle a pris des fumigations chaudes, qui, loin de la soulager, lui ont paru augmenter ses souffrances. L'examen du tube digestif, ne présente rien de remarquable; le foie est d'un petit volume.

Le côté gauche est couvert de cicatrices de ventouses scarifiées et de sangsues. La rate a cinq pouces de haut en bas; c'est principalement sur le lieu occupé par cet organe que la douleur existe; cependant elle s'étend un peu vers le sein.

Le cœur a trois pouces d'un côté à l'autre; ses battemens sont à 70 par minute, et n'offrent rien d'anormal.

La douleur s'étend vers le bras gauche et se porte aux trois derniers doigts. C'est surtout vers la partie inférieure gauche du cou, et sur le lieu occupé par le plexus brachial que la souffrance s'irradie et est la plus vive. La douleur, qui a lieu du côté droit de la face, a paru même prendre son point de départ dans le plexus brachial gauche et s'étendre de là vers le point où on l'observe.

La souffrance dans le côté gauche, qui, depuis un mois, est extrême, consiste dans des battemens, des arrachemens. Pendant les accès, la peau est douloureuse. C'est vers minuit que les accidens sont les plus graves. L'utérus ne donne lieu à aucun symptôme qui soit digne d'être noté.

On prescrit vingt grains de sulfate de quinine, pris dans la matinée. *La rate diminue de volume*, mais les douleurs ne sont que momentanément calmées. On a recours à deux applications de sangsues, et à trois reprises, à des doses de vingt à vingt-cinq grains de sulfate de quinine. Ce moyen fait dissiper les accès; mais les douleurs reviennent. Une application de vésicatoires est suivie de celle d'un quart de grain, puis d'un demi-grain d'hydrochlorate de morphine. A chaque fois, la malade est soulagée par l'emploi de ces moyens, et la maladie décroît lentement.

Les accès ont été combattus par le sulfate de quinine et l'acuité des douleurs par l'hydrochlorate de morphine appliqué par la méthode endermique. On a eu aussi recours à quelques bains généraux.

Un mal de gorge intermittent, et dont les accès revinrent quatre jours de suite à la même heure, se manifesta, puis cessa, et la malade sortit de l'hôpital, quarante jours après son entrée, dans un état de santé à peu près parfait.

Névralgie brachio-thoracique, splénalgie, ancienne fièvre intermittente; traitement compliqué sans résultat avantageux.

Louise Perdisel, âgée de 25 ans, d'une constitution plutôt faible que forte; bien réglée depuis 7 ans, a toujours été souffrante. Au début des accidens dont elle se plaint, elle a éprouvé une douleur vive à l'épigastre, consistant dans une sensation de picotement ou de chatouillement incommode, et suivie de vomissemens qui ne faisaient rejeter que les liquides. Cette femme maigrit beaucoup. Des sangsues furent appliquées, et quelques tisanes adoucissantes furent administrées. Il y a six mois et demi que la douleur disparut complétement et vint se porter à l'épaule. Alors cette femme ressentit vers l'angle inférieur du scapulum un sentiment de frémissement et de picotement, qui s'étendait, quoique rarement, jusqu'au bout des doigts. Son trajet principal était le long du grand dentelé, du grand pectoral, et de là, elle venait s'épanouir sur la région du cœur. Alors, de fortes palpitations se faisaient sentir. A chaque mouvement inspirateur, les douleurs devenaient excessives. Il y avait aussi fréquemment dans les extrémités supérieures et inférieures, spécialement sur le trajet des nerfs, un sentiment d'engourdissement et de fourmillement. Ces douleurs, au rapport de la malade, ressemblaient à celles que l'on éprouve, lorsqu'après

avoir croisé les jambes pendant un certain temps, on y ressent un frémissement incommode.

A part une constipation habituelle, il n'y a, lors de l'entrée, rien à noter du côté du tube digestif. Les accidens reviennent le soir avec plus d'intensité, et sont accompagnés de frisson, de chaleur, et suivis de moiteur. *La rate présente 6 pouces et demi de haut en bas, et est épaisse comme l'indique la résistance au doigt, par la percussion plessimétrique.* Interrogée alors sur le pays qu'elle a habité, on apprend qu'elle a longtemps séjourné dans un pays marécageux, et qu'elle y a éprouvé, il y a six mois, une fièvre intermittente, pour laquelle elle a pris une faible dose de sulfate de quinine. La fièvre a duré un mois. Au moment de l'observation, la douleur est très-vive dans tout l'espace circonscrit par la rate.

On appliqua vingt-cinq sangsues sur ce point, et on eut recours à de légers antispasmodiques et à des cataplasmes. Ce traitement, ainsi que tous les moyens, qui furent ultérieurement pratiqués, furent d'une inutilité désespérante. *Seulement, sous l'influence du sulfate de quinine, la rate diminua de volume;* mais la douleur ne cessa pas plus sous l'influence de ce moyen que sous celle d'une foule d'autres qui furent employés. Saignées générales et locales, hydrochlorate de morphine à l'intérieur et par la méthode endermique, à des doses variées, depuis un demi-grain jusqu'à un grain et demi dans les vingt-quatre heures; vésicatoires, bains, rien ne réussit; et la malade, ne voulant pas consentir à l'application d'un séton, sortit de l'hôpital, le 11 novembre, 28 jours après son entrée.

Remarquez que la région de la colonne vertébrale n'avait jamais été douloureuse, soit à la percussion, soit à l'auscultation, et que ce cas ne peut rentrer dans ceux qui ont été récemment publiés dans la *Gazette médicale*, et dans lesquels des douleurs vives paraissaient prendre leur point de départ de la région rachidienne.

Hypercardiotrophie à gauche (hypertrophie du ventricule gauche du cœur); névralgie brachio-thoracique (angine de poitrine).

La femme Mélue, âgée de 35 ans, plutôt faible que forte, d'un faciès indiquant la santé, et réglée à 13 ans, éprouve, depuis 6 mois, des battemens de cœur, qui lui font éprouver beaucoup de douleur. Elle s'en aperçut pour la première fois lorsqu'elle montait un escalier. D'abord les accidens furent faibles; mais bientôt ils devinrent plus marqués; et, dans ces derniers temps, ils furent portés à un très-haut degré d'intensité. Les douleurs ont lieu dans le côté gauche et le bras; ce n'est que depuis un mois que ce membre a souffert. La souffrance du côté a consisté dans des tiraillemens, des élancemens, qui, partant du côté gauche, s'étendaient jusqu'à la gorge. Il y a deux ans que se déclarèrent des attaques de *métralgie* (hystérie). Elle porte aussi quelques dents cariées dont elle souffre modérément. C'est surtout à l'occasion de la marche ascendante que la douleur se renouvelle; elle a des exacerbations fixes vers neuf heures du soir, et qui se prolongent dans la nuit: à l'époque des règles, les accès sont plus violens. On a traité cette femme pour une maladie du cœur; on lui a fait des saignées, appliqué des sangsues; et elle n'a pas été soulagée par l'emploi de ces moyens.

Le 23 octobre, l'examen attentif du tube digestif et du foie ne trouve rien d'anormal; la rate n'offre que quatre pouces de haut en bas, et s'élève très-haut vers le thorax. On mesure le cœur avec le plus grand soin. *Cet organe occupe sept pouces d'un côté à l'autre dans la circonférence du thorax;* trois pouces et demi correspondent à l'espace où le ventricule gauche touche aux parois; les cavités droites sont peu développées; et le reste de l'étendue correspondant au cœur, est recouvert par les poumons. De haut en bas, la dimension de cet organe est de cinq pouces. Du reste, la percussion donne au doigt un sentiment de dureté et de résistance remarquables.

Après avoir limité le cœur par des lignes noires, on cherche, à l'aide de la circonscription que l'on vient de faire, à apprécier le siége des bruits auscultés; mais on ne trouve rien de remarquable sous ce rapport; partout le premier bruit se rencontre, et partout il est accompagné de souffle; partout le second bruit est éclatant, et on entend l'un et l'autre jusques sous le sternum.

Du reste, le pouls est faible et assez régulier; les bruits des artères n'offrent rien de particulier.

La douleur, non-seulement, a son siége sur le côté gauche et sur le point correspondant au cœur, mais elle s'étend par delà et dans une grande surface. Elle est très-vive au niveau de la partie gauche du cou, s'étend le long de la partie interne du bras, et se porte jusqu'aux trois derniers doigts.

Il n'y a point de douleur dans les autres points de la poitrine, qui sont très-sonores; les jambes sont sèches.

On considéra ce cas *comme une complication d'une hypercardiotrophie à gauche, d'un rétrécissement de l'orifice aortique, avec une névralgie des rameaux thoraciques et cubital du plexus brachial.*

Une saignée de vingt-six onces est pratiquée; le sang n'est pas couenneux: du reste, abstinence des alimens et repos au lit.

Le lendemain *l'espace occupé par le cœur est diminué de huit lignes à droite et de huit lignes à gauche. Il n'y a plus de bruit anormal;* le pouls est plus développé. On prescrit l'abstinence des boissons.

Les jours suivans, sous l'influence du régime, du repos et du sulfate de quinine, le mieux continue. Cependant, le 29, le cœur est un peu plus gros, bien que les douleurs ne soient point revenues. Une nouvelle saignée est pratiquée. L'état de la malade devient satisfaisant; elle monte un troisième étage sans être fatiguée, et sort bientôt de l'hôpital.

Dans les trois observations précédentes, il s'agit d'affections névralgiques qui ont entre elles des points de ressemblance, mais aussi des différences tranchées. Dans toutes, la douleur a son siége dans les parois; son trajet, sa progression, son extension vers le cou et le bras

prouvent manifestement qu'elle occupe les nerfs thoraciques, et que de là elle se propage au plexus brachial et au bras. Dans les trois cas, il y a des palpitations excessivement douloureuses dans la région du cœur ; dans les trois, la maladie est caractérisée par des accès : ces accès reviennent à heure fixe, ou à peu près fixe. Dans deux d'entre elles, le caractère névralgique est si évident que la maladie a alterné soit avec une sciatique, soit avec une souffrance des nerfs de la face. Dans ces trois cas, il s'agit de femmes jeunes, impressionnables, et deux d'entre elles avaient eu des accidens hystériques (métralgie).

Des circonstances spéciales existaient aussi chez ces malades. L'une avait eu autrefois des fièvres intermittentes ; la rate était volumineuse ; la douleur s'étendait superficiellement sur le point occupé par cet organe.

Ici le sulfate de quinine remédia bien à l'hypersplénotrophie ; mais il ne guérit pas la maladie nerveuse. Chez l'autre, une lésion physique paraît avoir eu lieu vers le nerf sciatique et dans l'utérus, au moment où à la suite de l'accouchement ; et c'est là que se manifesta la première douleur qui, plus tard, se transporta vers le sein, le plexus brachial et le bras, et qui fut accompagnée de si vives palpitations. Dans le troisième fait, il y avait coïncidence ou complication d'une hypercardiotrophie à gauche. Celle-ci fut en apparence guérie par les saignées. Les douleurs avaient du reste le même siége ; mais, indépendamment de celles-ci, il semblait que d'autres plus profondes correspondaient aux nerfs du cœur, et se propageaient au cou par la huitième paire.

Les résultats du traitement ne furent pas également heureux. La troisième malade, chez laquelle existait une lésion physique du cœur, à laquelle on put remédier par des saignées, fut celle dont le soulagement fut le plus prompt. La combinaison de ce traitement avec le sulfate de quinine dirigé contre la névralgie, produisit ici le résultat le plus avantageux. Dans la seconde, la guérison se fit attendre, mais il fallut qu'un traitement très-varié, très-compliqué, fut opposé, soit aux diverses névralgies qui se succédèrent, soit aux divers états organiques qui eurent lieu ; et ce ne fut encore qu'après un mois qu'on parvînt à faire disparaître les symptômes. Dans l'autre cas enfin, tous les moyens employés furent insuffisans, et la malade sortit de l'hôpital, un peu moins souffrante qu'elle n'y était entrée, mais éprouvant toujours de vives douleurs.

Pendant ce mois, j'ai vu encore en ville deux autres cas de névralgie brachio-thoracique.

Dans l'une, il s'agissait d'un médecin qui se croyait atteint d'une maladie du cœur, et qui n'avait que l'affection nerveuse dont il s'agit. Le cœur avait un volume normal, et ne présentait aucun bruit qui pût alarmer. Il y avait si peu de signes physiques de maladie du principal organe de la circulation, qu'un praticien, très-expert dans l'étude des affections des organes circulatoires et respiratoires, lui avait assuré que son imagination seule était malade. Il y avait cependant une véritable maladie chez lui : mais ce n'était pas dans le cœur ; c'était dans les nerfs thoraciques gauches, dans le plexus brachial et dans le nerf cubital. Seulement, dans ce cas, la douleur s'étendait postérieurement dans les rameaux scapulaires du plexus brachial.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'un ganglion lymphatique engorgé sous l'aisselle gauche, et d'un sein un peu volumineux et bosselé, chez une jeune dame de la Normandie. Cette dame ressentait des douleurs très-vives dans le trajet du plexus brachial et du bras. Elle éprouvait aussi de très-fortes palpitations, bien que le cœur ne fût pas hypertrophié. La maladie revenait la nuit à des heures fixes. J'ai perdu depuis cette malade de vue, avant d'avoir employé le traitement par lequel j'espérais combattre ses souffrances. Le sein paraissait être ici le point de départ de la douleur. Des sangsues soulagèrent, et je comptais avoir recours à l'emploi du sulfate de quinine, lorsque je cessai de voir cette dame.

A ces cinq observations, à plusieurs autres du même genre, consignées dans le Bull. clin., nous en joindrons quelques autres dans le Traité de Médecine Pratique, et nous espérons que ces faits nombreux établiront, 1° que la maladie désignée sous le nom d'angine de poitrine ne dépend pas le plus souvent d'une maladie du cœur ; 2° qu'il peut en être cependant ainsi dans quelques cas ; mais qu'alors, il y a coïncidence d'un état névralgique de cet organe, et d'une lésion organique ; 3° que le plus souvent *les symptômes dits angine de poitrine* consistent dans une *névralgie des nerfs thoraciques, du plexus brachial et du nerf cubital ;* 4° que s'il y a dans ce cas des palpitations si vives et une dyspnée si forte, c'est que les pulsations du cœur et les mouvemens inspirateurs impriment aux parois très-douloureuses une impulsion très-pénible à supporter ; 5° qu'enfin, le traitement de cette maladie, comme celui de tant d'autres, ne peut être le même dans tous les cas, et que pour le bien conduire, il faut spécifier les états organiques présentés par le malade qu'on observe, et les combattre isolément : de là, le traitement général. Celui-ci ne peut être fondé sur l'empirisme seul, mais bien sur la connaissance approfondie des causes, de la marche et des symptômes de la maladie.

P. A. Piorry.

Service de M. le professeur Chomel.

Métro-Ovarite.

Une jeune femme d'une bonne constitution, éprouva huit jours après ses couches, des douleurs très-vives dans la région hypogastrique. A son entrée à la clinique elle offrait les symptômes suivans : Léger mouvement fébrile, sensibilité très-grande à la région hyposgastrique, augmentant par la plus légère pression ; la douleur était surtout très-vive dans l'espace compris entre la ligne blanche et l'épine iliaque supérieure

droite, où l'on remarquait une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le toucher par le vagin fit reconnaître que le col de l'utérus était douloureux : les mouvemens de bas en haut que l'on faisait exécuter à cet organe se communiquaient à la main appliquée sur la région hypogastrique. Cette sensation devenait très-manifeste entre l'épine iliaque et la ligne médiane. Tous ces symptômes réunis démontraient une métro-ovarite à l'état aigu. On employa le traitement anti-phlogistique. Dans quelques jours les signes inflammatoires disparurent. Des sangsues furent appliquées, principalement sur la tumeur qui diminua rapidement; des cataplasmes émolliens sur la région hypogastrique. Cette maladie, qui, dès le prime-abord pouvait donner de grandes inquiétudes sur les résultats trop funestes de cette affection, a confirmé de nouveau cette règle générale, que de toutes les affections de l'utérus qui surviennent chez les femmes à la suite des couches, la moins dangereuse est celle qui est la plus éloignée de l'époque de la parturition et *vice versâ*. On ne saurait donc trop fixer son attention sur l'exploration de l'utérus.

Hémiplégie du côté gauche consécutive à une chute sur le côté droit de la poitrine.

Une femme de 34 ans est entrée dans le service de M. Chomel, présentant des caractères très-curieux de paralysie. Tout le côté gauche était entièrement dépourvu de contraction musculaire et de sensibilité. Cette jeune femme conservait toute son intelligence. On ne remarquait sur la physionomie aucun indice de paralysie. La vue, l'audition, l'odorat, le goût, la parole étaient dans une intégrité parfaite. La malade ne pouvait marcher qu'en se soutenant sur la jambe droite ; la main gauche était incapable d'exécuter la plus faible pression. Cette jeune fille, interrogée sur l'invasion de cette affection, dit qu'elle commença par éprouver de l'engourdissement et des fourmillemens dans le pouce de la main gauche, le lendemain, elle ressentit les mêmes effets à l'indicateur, et quelques jours après toute la main fut prise : le bras, le tronc et la cuisse, la jambe et le pied furent envahis progressivement ; depuis, la maladie resta stationnaire. Il y a quelques jours, cette femme ressentit, pendant quelques heures, dans la main droite, un petit fourmillement et un engourdissement. Ces derniers symptômes ne se sont plus renouvelés. L'affection est aujourd'hui limitée dans tout le côté gauche ; aucune douleur dans cette partie. Cette jeune femme, questionnée avec le plus grand soin, dit que, dans une descente rapide, elle tomba en roulant sur le côté droit. Sa chute avait été si violente, que la commotion qu'elle éprouva fut très-vive. La moelle épinière a dû éprouver une très-grande distension par la violence avec laquelle elle était tombée. D'après tous les caractères observés chez cette malade, la paralysie serait un effet de l'altération de la moelle épinière.

Il y a un mois qu'elle a été saignée ; depuis, des douleurs vives se sont montrées dans la nuque et dans la partie supérieure et postérieure de la poitrine, région qui semblerait être le point de départ de la maladie. Nous voyons chez cette malade tous les symptômes les plus concluans de la myélite à l'état chronique.

Coliques saturnines.

Une femme âgée de 20 ans, polisseuse en peigne, a éprouvé depuis qu'elle travaille dans cette fabrique, dans laquelle on fait usage d'oxide rouge de plomb, très-souvent des coliques. Elle présentait les caractères suivans, à l'Hôtel-Dieu : constipation très-grande, douleurs vives dans l'abdomen, revenant par des crises violentes, contraction involontaire des muscles : crampe, insomnie. Cette malade n'étant cependant pas à l'époque de ses règles, éprouvait des douleurs atroces dans la région lombaire. Aucune réaction vers le cœur, de fréquens vomissemens de matières verdâtres.

Traitement : un vomitif et un purgatif. Cette dernière médication, au lieu d'agir sur le gros intestin, provoqua des vomissemens. On prescrit un gros de jalap en poudre, sous forme de bols. L'expérience démontre que l'action de ce médicament, ainsi administré, agit directement sur le gros intestin. La malade eut une selle, ce qui apporta un grand soulagement. On employa la résine de jalap à la dose d'un gros dans les vingt-quatre heures, et on obtint plusieurs selles. On réunit au traitement, les opiacés pour diminuer l'intensité des douleurs, les cataplasmes émolliens et les grands bains. La malade est actuellement en pleine guérison.

Une femme âgée de 26 ans, travaillant dans une fabrique de jouets d'enfans, où l'on se sert de plusieurs préparations de plomb, eut des coliques. Cette malade a déjà éprouvé cette affection, mais avec plus d'intensité. A son entrée à la clinique, douleurs dans le ventre, vomissement de matières verdâtres ; légère constipation ; soif vive ; le pouls donnait 80 à 100 par minute. Chez cette femme, les symptômes de la colique de plomb n'étaient pas assez tranchés pour employer le traitement ordinaire de cette maladie. Aussi a-t-on jugé très-nécessaire d'explorer attentivement les trois cavités splanchniques, afin de trouver une cause à la réaction fébrile qui n'existe jamais dans la colique saturnine simple. Le toucher par le vagin faisait éprouver, en soulevant le museau de tanche, une douleur très-vive ; le sang de la saignée présentait une couenne inflammatoire très-dense. Tous ces symptômes réunis firent éloigner pour le moment les purgatifs ; on prescrivit une nouvelle saignée, des cataplasmes émolliens, l'opium à la dose d'un grain, de six heures en six heures. Ce traitement suffit pour guérir une maladie qu'on aurait probablement aggravée par la méthode de la Charité. Chez cette femme, les phénomènes de la colique saturnine n'étaient pas assez violens pour négliger une affection de l'utérus qui aurait pu devenir funeste par tout autre traitement.

Pleuro-pneumonie accompagnée de méningite.

Au n° 19 bis, salle Sainte-Madeleine, est couché un malade chez lequel on a observé des symptômes de pleurite ; à l'auscultation, les trois quarts postérieur et inférieur du côté gauche de la poitrine présentaient un son mat et une absence du bruit respiratoire, avec retentissement de la voix. A la visite suivante, on fit mettre le malade sur ses genoux, la tête entre les cuisses, afin de s'assurer si l'épanchement était limité; on trouva dans cette même partie une respiration bronchique et une légère crépitation : le malade dit avoir expectoré quelques crachats sanguinolens ; on aurait désiré s'assurer de l'état de la poitrine pendant que le malade se trouvait dans cette position ; mais les difficultés qui ne cessaient de se présenter firent renoncer à toute recherche. Après les premiers jours de la maladie, l'épanchement était déjà borné, ce qui arrive le plus souvent, par rapport aux nombreuses adhérences et à la grande élasticité du tissu pulmonaire. Un délire très-violent s'empara du malade pendant les vingt-quatre heures qui précédèrent sa mort; on présumait qu'il était sympathique à la pleuro-pneumonie, ce qui se rencontre quelquefois. Le malade avait ressenti, avant la pleurite, des douleurs assez vives dans la tête; l'ouïe et la vue étaient restées dans leur état normal, ces signes sont rares dans les affections de l'encéphale. On remarquait cependant une contraction involontaire dans les muscles, phénomène qui ne se voit pas dans la méningite sans complication. A l'autopsie on trouva une livre un quart d'une sérosité claire, non purulente, dans la partie de la poitrine désignée pendant la vie. Les altérations les plus importantes régnaient sur les enveloppes du cerveau; une matière purulente très-abondante était répandue sous l'arachnoïde, caractère qui ne se rencontre presque jamais dans les inflammations des membranes séreuses ou qui n'existe que sur la membrane externe; on trouva du pus sur la protubérance annulaire et sur l'arachnoïde du cervelet. Nul doute que la mort prompte de ce malheureux a été produite par les altérations chroniques des méninges.

De la mensuration comme moyen de diagnostic.

Plusieurs malades affectés d'épanchemens pleurétiques, présentent des changemens notables dans la forme et le volume de la poitrine; on devrait employer la mensuration plus souvent qu'on ne le fait, on suivrait mieux la marche d'une maladie qui paraît quelquefois si obscure; l'auscultation et la percussion sont, à la vérité, deux puissans moyens pour arriver à un diagnostic qui serait, dans des cas particuliers, plus sûr si la mensuration était employée. Ce qui décourage d'employer ce dernier moyen, c'est le temps et les précautions qu'il exige. Chez deux malades, M. Chomel s'est servi de ce moyen.

Un homme âgé de 29 ans, étant entré à la clinique pour une sciatique qui disparut par les révulsifs à l'intérieur, les moxas, les sinapismes, éprouva, il y a deux mois, des douleurs vives dans le côté gauche de la poitrine; absence du bruit respiratoire, son mat dans cette région, diminution de la partie gauche de la poitrine. M. Chomel emploie pour la mensuration un instrument qui ressemble à celui dont se servent les cordonniers pour mesurer la longueur des pieds. A l'aide de ce moyen, on évite les espaces inter-costaux; on obtient aussi le diamètre antéro-postérieur avec une très-grande exactitude; c'est aussi la partie la plus essentielle, car la poitrine ne peut pas changer d'aspect sans que son diamètre antéro-postérieur n'éprouve les plus faibles variations; quand la mensuration circulaire est la même de chaque côté de la poitrine, il existe souvent une différence sensible de chaque côté dans les diamètres antéro-postérieurs. Chez ce malade, la mensuration circulaire donnait de chaque côté douze pouces; tandis que, par le pectomètre, le diamètre antéro-postérieur du côté gauche avait cinq pouces six lignes: celui du côté droit était de cinq pouces une ligne.

Chez le deuxième malade, le changement survenu dans un des côtés de la poitrine, était très-sensible. Le côté droit présentait des signes caractéristiques d'un épanchement pleurétique chronique. L'auscultation faisait connaître l'absence du bruit respiratoire, et la percussion démontrait de la matité dans cette même région, où le retentissement de la voix était très-manifeste. La mensuration du côté gauche donnait quinze pouces sept lignes; le diamètre antéro-postérieur gauche était de sept pouces une ligne; la mensuration du côté droit avait quinze pouces onze lignes.

Le diamètre antéro-postérieur droit était de sept pouces six lignes. Les cinq lignes de plus présentaient une augmentation très-grande en épaisseur.

Par cette nouvelle méthode d'investigation, on peut voir de jour en jour l'état du malade, et arriver à des considérations pratiques importantes.

P. F. Thibert.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

Observations communiquées par M. le Dr Dufresse.

Amputation du bras à la suite d'un phlegmon.

Un jeune homme de 32 ans, bien constitué, n'ayant jamais été sérieusement malade, entra le 23 septembre 1835 dans le service de M. Velpeau. Ce jeune homme présentait une inflammation phlegmoneuse occupant le poignet, l'avant-bras et le bras; elle existait depuis dix jours, et avait commencé au pouce par une plaie si petite, qu'il était difficile de la regarder comme la cause

primitive de la maladie, bien que le malade n'en pût indiquer d'autre.

Quoiqu'il en soit, lors de son entrée, ce malade avait de la fièvre, la langue limoneuse, et ne présentait rien dans les viscères. Après avoir employé inutilement les cataplasmes émolliens et un grand nombre de sangsues, le chef de service balança entre la compression et les frictions mercurielles. La compression fut rejetée, dans la crainte que le pus ne fût déjà réuni en foyer dans certains endroits, et ne pût être resorbé comme lorsqu'il est infiltré dans le tissu cellulaire ; il était difficile de faire des incisions, à cause des rapports importans avec les artères radiale et cubitale, au devant desquelles les foyers existaient. Cependant, comme c'est un moyen héroïque dans les cas de suppuration profonde et sous-aponévrotique comme celle-ci, elles furent faites, mais sans succès ; l'inflammation continua de marcher, et de plus, il se manifesta à la jambe droite, du côté du bras malade, une inflammation de même nature, qu'on essaya inutilement d'arrêter par les anti-phlogistiques, les émolliens et les narcotiques. Les viscères gastriques s'enflammèrent, la fièvre augmenta, la langue devint limoneuse, il y eut de la soif, de l'inappétence; l'affection devint générale; une abondante suppuration se manifesta dans la jambe et affaiblit beaucoup le malade.

Avec de pareils désordres généraux, il n'était pas possible de songer à l'amputation, parce qu'on aurait toujours laissé un foyer à l'intérieur; il faillait attendre.

Bientôt, en effet, la suppuration diminua, les symptômes généraux s'amendèrent, la jambe guérit; l'inflammation phlegmoneuse du bras devint moins intense, les symptômes se calmèrent, il se dégorgea; mais, néanmoins, on ne pouvait pas songer à le conserver, parce que la peau et les aponévroses étaient altérées, les muscles disséqués, leurs gaînes adhérentes, les os dépouillés de leur périoste et les ligamens désorganisés, tous ces désordres empêchaient d'espérer la guérison, telle était la conviction de M. Velpeau ; mais il fallait attendre, car l'inflammation était encore trop vive, et il y avait du dévoiement ; des abcès se formèrent à la main, on les ouvrit. L'inflammation, la fièvre, le dévoiement diminuèrent, et, depuis quatre jours, ils n'existaient plus, lorsqu'on proposa au malade l'amputation du bras. Il en fut très-affecté : fort et vigoureux comme il l'était à son entrée, il n'avait pu prévoir un si funeste résultat. L'amputation, d'ailleurs, n'était pas un moyen infaillible; elle était, au contraire, entourée de nombreux dangers : l'inflammation pouvait se développer dans le moignon, y acquérir une violence très-grande, la suppuration survenir, et être résorbée; ne pouvait-il pas aussi exister déjà des foyers latens prêts à se réveiller à la première impulsion qui leur serait donnée, et capables de faire périr ce malheureux.

Ce qui était arrivé à la jambe, annonçait que les liquides étaient altérés; et comme le sang porte la vie à toutes les parties, s'il était altéré, il était peut-être naturel de craindre que l'organisme ne s'en ressentît, etc., etc. Toutefois, et malgré toutes ces considérations, l'amputation du bras fut jugée nécessaire, et pratiquée le onze novembre; car en attendant encore, on pouvait craindre chaque jour de voir se développer une résorption purulente, et la mort survenir. Ce malade supporta très-bien l'opération, et son bras examiné présenta les lésions indiquées plus haut.

Le lendemain, et les jours suivans, tout allait bien. On observait de la constipation plutôt que du dévoiement. Il n'y avait point d'accident; la plaie semblait marcher vers la cicatrisation : seulement, ce qui pouvait inquiéter, c'était le pouls qui était très-fréquent et qui semblait indiquer l'existence, à l'intérieur, de quelque foyer, ou de quelque germe prêt à se développer d'un moment à l'autre.

Le même état existait le 30 novembre : le pouls conservait sa force et sa fréquence, et, à ce signe, on ne pouvait se dispenser de croire qu'il existait quelque altération dans les viscères; et cependant l'examen le plus attentif ne parvenait pas à la découvrir. Bientôt le dévoiement ne tarda pas à reparaître. Il y avait de l'inappétence : la cicatrisation cessa de faire des progrès; l'humérus était nécrosé, et couvert d'une végétation fungueuse, d'où s'exhalait un pus séreux et il fallut bien s'attendre à voir cet homme promptement succomber.

En effet, peu de jours après, il mourut dans un état de marasme très-considérable.

Son autopsie faite 24 heures après la mort, a démontré une gastro-antérite d'une médiocre intensité. On n'a pas rencontré ailleurs d'autre lésion capable, par son étendue, d'expliquer la mort et de confirmer les idées du professeur, qui avait pensé qu'il existait à l'intérieur des foyers d'irritation.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Un homme, âgé de 51 ans, se laissa tomber sur un trottoir. Dans la chute, son coude heurta violemment contre un pavé. Aussitôt, il se manifesta du gonflement autour de l'articulation, et du sang s'écoula à travers une plaie longitudinale, existant au niveau de l'olécrâne. Il fut transporté immédiatement à la Charité, et couché salle Sainte-Vierge, n° 23 ; il fut aisé de constater une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; malgré le gonflement, la mobilité, la déformation, la crépitation, le raccourcissement, etc., indiquaient en effet son existence; mais il ne fut pas possible de constater, s'il y avait, ou non, luxation du coude.

En général, les fractures qui ont leur siége près des articulations, excepté pour les articulations de l'épaule et de la hanche, ont toujours été considérées comme très-graves, et ont nécessité souvent l'amputation; mais, considérant que, dans ce cas, la chute ayant eu lieu sur l'olécrâne, l'articulation avait dû être garantie de graves désordres par la présence de cette apophyse. M. Velpeau ne songea pas à ce moyen extrême, et voulut traiter ce malade suivant son habitude, par la com-

pression : il réduisit la fracture, fit appliquer un bandage roulé sur toute l'étendue du bras, depuis l'extrémité de la main jusqu'à l'épaule. Dans ce lieu, la compression n'est pas facile à faire, à cause des inégalités des parties ; il faut, autant que possible, remplir les vides avec de la charpie, afin que toutes les parties soient également comprimées. Ce bandage roulé, fut réappliqué et resserré plusieurs fois, et au bout de dix jours, il fut enlevé. Le gonflement avait totalement disparu ; un appareil fut appliqué, ce qui, dans cette région, n'est pas sans difficultés. Il fallut placer de nombreuses compresses graduées, et de la charpie pour combler les vides, les maintenir par des compresses, appliquer par dessus des attelles, et envelopper le tout de tours de bande, se rendant de la main à l'épaule. Au bout de quarante jours de l'application continue de cet appareil, renouvelé aux époques convenables, la fracture fut très-bien consolidée, les mouvemens du bras, d'abord assez difficiles, revinrent peu à peu, et le malade sortit le 30 novembre 1835.

Dans tous les cas de fractures simples ou compliquées soit d'inflammation, de gonflement ou d'infiltration du sang, M. Velpeau commence par réduire la fracture, et, si elle est simple, il applique sur-le-champ, un appareil convenable, pour maintenir la coaptation des fragmens ; si elle est compliquée d'inflammation, de gonflement ou d'infiltration sanguine, il pense d'abord que la réduction est le meilleur moyen de remédier à l'inflammation qui n'est entretenue et augmentée que par les fragmens qui irritent les parties molles ; ensuite, il applique un bandage roulé, comme très-propre à faire disparaître le gonflement, et faciliter la résorption du sang épanché. Par dessus le bandage roulé, il applique un appareil convenable. Cette manière de se comporter est très-raisonnable et très-méthodique ; elle est d'accord avec l'expérience, et ce qui le prouve, c'est que, dans le service de ce professeur, les fractures, même les plus compliquées, guérissent sans accidens.

Des avantages qu'on peut retirer d'une bonne position dans le traitement des maladies chirurgicales.

Ce sujet, essentiellement pratique, est peut-être un de ceux qui, jusqu'à présent, a le moins fixé l'attention des praticiens : il est cependant d'une si grande importance qu'on peut assurer que bien des malades ont succombé à cause de la négligence qu'on met ordinairement à indiquer la position qu'on doit conserver pendant tout le cours de certaines affections. Les deux observations que je vais rapporter justifieront assez l'efficacité de ce précepte, et pourront servir de guide pour tous les cas qui se présentent journellement dans la pratique.

Un maçon, dans la force de l'âge, sain et robuste, entre dans le service chirurgical, dans le courant du mois de décembre dernier ; cet homme était tombé d'un échafaudage. Il existe tous les symptômes d'une commotion cérébrale très-intense, et plusieurs contusions. L'affection du cerveau cède promptement à un traitement énergique. Il se plaint alors d'une douleur assez vive qu'il éprouve à la partie inférieure et interne de la jambe droite. En effet, on remarque, à l'angle interne du tibia, une forte contusion, recouverte en partie par une croûte noire et une large ecchymose. M. Cloquet reconnaît l'existence d'un foyer, situé profondément entre les muscles des régions jambières postérieures, profonde, et superficielle : il fait une large incision qui donne aussitôt issue à une grande quantité de sang réduit en caillots et de sérosité purulente. La jambe est enveloppée entièrement d'un cataplasme émollient. Peu de jours après, de nouvelles douleurs vinrent révéler la formation d'un véritable phlegmon très-volumineux, dans cette région. La jambe est tuméfiée, la chaleur s'accroît ; le pouls devient très-fréquent, il y a même quelques phénomènes cérébraux ; enfin, en peu de temps, ce malade présente tous les symptômes qui accompagnent l'absorption générale.

Jusqu'alors, la région de la jambe où se trouve l'ouverture qu'on a pratiquée pour vider le foyer, était restée tournée supérieurement, tandis que le côté externe était appuyé sur le lit. M. Cloquet pense que cette position doit être la seule cause des accidens qui ont lieu, et pour s'en convaincre, il ne change rien au traitement, se contentant de placer la jambe dans une position contraire, de manière que l'ouverture soit tournée en bas, et permette la sortie des fluides contenus dans les nombreux clapiers. Sa prévision se trouve bientôt réalisée, et peu de jours suffisent pour rendre l'état du malade très-satisfaisant. La tuméfaction de la jambe se dissipe presque entièrement, les foyers purulens se vident ; il n'en reste plus qu'un qui s'est formé depuis le changement de position : il est situé deux ou trois pouces plus bas que l'ouverture, ce qui explique très-bien sa formation et sa persistance après la guérison des autres. On l'ouvre, et bientôt l'homme sort dans un état de parfaite santé.

Le fait suivant n'offre pas moins d'intérêt que le précédent, puisqu'il prouve que l'homme qui fait le sujet de l'observation est mort victime de son obstination à ne pas vouloir se conformer aux recommandations que lui faisait chaque jour M. Cloquet, relativement à la mauvaise position dans laquelle il laissait son bras.

Cet homme, à qui on avait amputé l'avant-bras : allait très-bien et son état permettait d'espérer une guérison prochaine. Il portait constamment son bras vers sa tête, et le tenait fort longtemps dans cette position. Chaque jour on lui dit de le placer dans une position déclive ; il ne tient aucun compte de ces avertissemens ; bientôt son état prend un caractère d'une telle gravité qu'il ne laisse plus l'espoir de conserver sa vie. Il meurt, et l'autopsie fait découvrir plusieurs foyers purulens, dont un s'était formé sous le muscle grand pectoral ; l'articulation scapulo-humérale était également remplie de pus, qui eût certainement bientôt occasionné la carie des surfaces articulaires.

Cette absorption provenait, à n'en pas douter, de la mauvaise position du membre amputé, et le traitement

le plus rationnel n'a pu l'empêcher. De pareils accidens seraient arrivés, selon toute probabilité, dans le premier cas, si la sagacité du professeur et la bonne volonté du malade n'en avaient, fort à propos, entravé la marche. Le fameux axiôme d'Hippocrate, « *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, » n'a peut-être jamais trouvé une plus heureuse application.

Je le répète, le sujet est digne, sous tous les rapports, de l'attention des praticiens, qui ne sauraient apporter trop de soins dans de pareilles circonstances.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

JANVIER 1836.

Recherches sur la localisation de la folie; par M. Belhomme, docteur en médecine, directeur d'un établissement d'aliénées.

En 1834, M. Belhomme a publié un premier mémoire dans lequel il cherchait à démontrer que le cerveau n'était pas constamment le siége de la folie, c'est-à-dire qu'il n'était pas toujours affecté idiopathiquement, et que souvent il ne l'était que sympathiquement, ou par la réaction d'un autre organe malade. Dans cette persuasion, M. Belhomme pense qu'en faisant cesser l'état pathologique de l'organe affecté, on obtient la guérison de la folie. Convaincu que la nature intime de la maladie consiste dans la lésion des fonctions nerveuses de l'organe souffrant, ce médecin a proposé un nouveau mot pour désigner les différens genres d'aliénations qu'il désigne sous le nom générique de *névropathie*, qui comprend toutes les modifications morbides qui donnent lieu à des symptômes nerveux susceptibles de réagir sur le cerveau et de produire la folie.

Ainsi, d'après M. Belhomme, le cerveau n'est plus le siége unique de l'aliénation; ce siége réel se trouve être dans l'organe affecté primitivement, puisque, si l'on fait cesser l'affection co-existante, la folie, qui n'est que le délire sans fièvre, produit par la réaction de la lésion du système nerveux de la partie affectée, cesse presque immédiatement.

On ne peut contester les avantages que présente une semblable manière d'envisager l'aliénation; car si elle se trouve confirmée par l'observation, elle fournira une source précieuse d'élémens pour le traitement d'une affection dans laquelle les indications étaient si peu nombreuses et si incertaines. Or, c'est par l'expérience et par des observations que ce médecin a cherché à consolider cette doctrine. Bien que ce ne soit pas une idée complétement nouvelle que celle d'attribuer à d'autres organes qu'au cerveau le dérangement de l'intelligence, puisque les auteurs anciens avaient fixé le siége de la folie dans le foie, etc., et que M. Esquirol place quelquefois le siége de cette maladie dans les divers foyers de sensibilité de l'économie, cependant M. Belhomme a le mérite d'avoir développé cette doctrine et de l'avoir appuyée sur des faits et des observations capables de fournir les élémens d'une discussion sérieuse.

Depuis la première publication dont nous avons parlé, M. Belhomme a continué ses recherches, et bientôt il livrera à la publicité un nouveau mémoire.

Dans le but de mettre nos lecteurs à même de juger les principes avoués par ce médecin, nous allons donner deux observations accompagnées de réflexions qui sont extraites du travail qu'il doit prochainement livrer au public, et que l'auteur a bien voulu nous communiquer:

FOLIES SYMPATHIQUES.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Névropathie utéro-cérébrale.*

Madame *** âgée de trente-neuf ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution essentiellement nerveuse, d'un caractère gai, avait eu un accès d'aliénation mentale à la suite d'une couche : elle fut guérie dans l'établissement que dirigeait alors mon père, et resta onze ans dans une situation morale très-satisfaisante; mais étant devenue enceinte de nouveau, on remarqua chez elle des inquiétudes vagues, de la bizarrerie dans ses actions. Six semaines après ses couches, elle était aliénée, et rentra dans mon établissement le 4 février 1834. Elle était dans la position suivante : état physique assez mauvais, amaigrissement, inappétence, coloration jaune de la peau, circulation peu active; ses menstrues paraissent régulièrement. *Etat mental :* tristesse profonde, inquiétudes, terreurs; elle raconte que la vue d'un rasoir, d'un couteau, la fait frissonner, par la crainte qu'avec ces armes elle puisse donner la mort à son enfant et à son mari. Cette affreuse pensée la détermine à s'éloigner d'eux. Poursuivie constamment par ces idées, elle se dit la plus malheureuse des femmes, et préférerait mille fois la mort que de rester ce qu'elle est : cependant elle n'a jamais fait de tentatives de suicide.

Madame *** resta dans l'établissement pendant trois mois sans présenter un grand changement; cependant son physique devint meilleur, la coloration jaune de la peau avait disparu; les digestions étaient bonnes; les menstrues étaient parfaitement régulières. Le traitement fut simple. A son arrivée, quinze sangsues à l'anus, bain de siége; plus tard, bains entiers; l'influence heureuse du changement de saison fit le reste. En effet, d'après mes conseils, cette dame voyagea, et au bout d'un mois elle fut guérie. J'ai eu depuis de ses nouvelles, qui m'ont convaincu de sa guérison.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Névropathie utéro-cérébrale.*

Madame ***, d'un tempérament sanguin, d'un naturel fort gai, fut mariée à dix-neuf ans. Elle devint enceinte peu après, et à quatre mois de grossesse elle éprouva un accident : étant en voiture, le cheval prit le mors aux dents, la voiture fut renversée, et le bras de cette dame se trouva pris sous une des traverses de la voiture. On crut d'abord qu'elle avait le bras fracassé, mais il n'en fut rien. Madame *** fut saignée le lendemain; elle ne parut nullement se ressentir physiquement de cette chute, mais, six semaines après, on s'aperçut qu'elle avait de l'agitation et que ses actions étaient bizarres ; elle voulut partir pour la campagne, et malgré les observations qui lui furent faites, elle se mit en route. La nuit suivante fut fort agitée ; elle parlait beaucoup et n'eut point de sommeil. Le lendemain elle prit un bain qui ne la calma pas. Dans le cours de la journée, elle tint les propos les plus extravagans, elle devint querelleuse : pendant le dîner, elle eut une attaque de nerfs de courte durée ; on la ramena promptement à Paris; elle était grosse de six mois à cette époque. Elle fut saignée le lendemain; l'agitation persista; elle ne voulait plus voir personne de sa famille ; l'agitation continua jusqu'au onzième jour. Dans cet intervalle, elle était prise de véritables crises nerveuses, pendant lesquelles on était obligé de l'attacher, car elle aurait tout déchiré autour d'elle. Des bains tièdes furent donnés, et l'on appliqua une vessie remplie d'eau glacée sur la tête. Le douzième jour, l'agitation parut céder, elle put parler assez raisonnablement ; quelques jours après, on l'emmena à la campagne, où elle resta isolée pendant trois mois. Madame *** reprit son calme habituel, et accoucha le 28 novembre 1825. En 1826, elle devint enceinte et fut saignée plusieurs fois; son médecin, M. le docteur Voisenet, l'accoucha sans accidens. A la troisième grossesse, en 1828, elle eut, à la même époque de grossesse à peu près, un accès d'aliénation mentale tout à fait semblable au premier; elle fut très-agitée pendant onze à douze jours, et redevint calme sous l'influence d'un isolement prolongé. A la quatrième grossesse, en 1830, son médecin la saigna plusieurs fois et fit tous ses efforts pour éviter la rechute. Une cinquième grossesse eut lieu en 1833. L'accès d'aliénation mentale se renouvela, mais avec moins de force que précédemment. On saigna beaucoup la malade.

Au 22 janvier 1835, après une suppression de règles, on s'aperçut que Madame *** devenait fort colorée, qu'elle parlait davantage et qu'elle était privée de sommeil ; elle fut saignée et prit des bains tièdes ; on chercha à la distraire par des promenades ; mais on remarqua bientôt l'incohérence de ses discours ; elle fut prise d'un accès de jalousie, ce qui ne lui était jamais arrivé; elle cherchait partout son mari, l'accusait de sortir sans en avoir besoin, etc. On saigna la malade deux jours de suite. Elle eut un accès qui dura douze jours; le mieux ne dura que deux jours, et pendant six semaines l'agitation persista. Au vingtième jour, elle put sortir en voiture. Le 13 février suivant, on fit appliquer quelques sangsues à l'anus ; l'aliénation mentale persista. Le 25 février, application de nouvelles sangsues à l'anus, bains répétés et prolongés; les évacuations étant difficiles, on fit prendre un lavement purgatif. Pendant dix jours, madame *** fut plus calme ; cependant, il y avait des intervalles d'agitation, elle se plaignait de souffrir du bas-ventre, et disait qu'elle avait un intestin ulcéré. Le 9 avril 1835, elle fut conduite par son médecin dans mon établissement. L'état physique paraissait fort bon, la coloration du visage était plus animée que dans l'état ordinaire ; la circulation était active, le ventre paraissait gonflé, et l'on put croire qu'elle était grosse; c'était aussi l'avis de son médecin. L'état mental était désordonné, elle prétendait avoir plusieurs maris, que ses enfans appartenaient à autant de pères; elle marchait avec la plus vive agitation. Une saignée au pied fut pratiquée ; on la baigna le surlendemain. Comme elle se plaignait du bas-ventre, M. Voisenet fut d'avis d'explorer la matrice : on trouva avec le spéculum un engorgement du col de l'utérus et une exsudation anormale du fond du vagin ; il y avait évidemment une phlogose de la muqueuse vaginale, et un boursouflement des lèvres du museau de tanche ; cependant l'on ne pouvait encore rien prononcer sur la non-existence de la grossesse, et l'on dirigea un traitement approprié pour combattre tout à la fois la phlogose vaginale et l'aliénation mentale. Pendant deux mois, la position de la malade changea peu; il y eut bien un moment d'amélioration qui dura huit jours; mais le mieux ne se soutint pas, et l'agitation de la malade se renouvelait avec autant de force. Le traitement fut le suivant : bains de siége et bains entiers, donnés alternativement; régime doux ; isolement complet; elle ne vit aucune personne de sa famille. Pendant un certain temps on put croire à l'existence d'une grossesse; son ventre semblait avoir pris du volume, ses reins s'élargissaient, mais tous les soupçons s'évanouirent après l'apparition des menstrues, qui eurent lieu abondamment, mais pendant peu de jours. M. Lisfranc fut consulté. Voici le résultat de la consultation : Il n'y a pas de grossesse, mais il existe un engorgement du corps de l'utérus avec subinflammation. En effet, la matrice était plus lourde que dans l'état normal, et l'introduction du doigt était douloureuse ; le col de l'utérus était gonflé. Voici le traitement conseillé par M. Lisfranc : 1° repos le plus complet possible; 2° lavemens simples et presque froids ; 3° tous les jours, ou tous les deux jours, un bain simple et prolongé ; 4° injections plusieurs fois par jour avec de l'eau de morelle presque froide ; 5° plusieurs saignées dans l'intervalle des règles ; 6° pour tisane, une décoction de saponaire édulcorée; 7° prendre chaque jour une pilule composée d'un demi-grain de ciguë en poudre et d'un demi-grain de savon médicinal ; portez la dose de la ciguë jusqu'à trois grains par jour ; 8° s'il survenait une érosion du col de la matrice, la toucher avec du nitrate acide de mercure. Ce traitement fut exactement suivi pendant deux mois, juillet et août, et une nouvelle inspection faite par M. Lisfranc nous prouva une amélioration sensible dans l'état de la matrice; en même

temps, les idées de la malade prirent un caractère de lucidité non équivoque ; elle reconnut toutes ses illusions ; elle demanda ses parens, son mari, et bientôt elle fut en état de rentrer chez elle. Je conseillai le séjour à la campagne pendant quelque temps. Cette dame est entièrement guérie actuellement.

Réflexions.

Je me borne à signaler en détail ces deux faits comme exemples saillans avec lesquels on peut expliquer les phénomènes des folies sympathiques. Dans le cours de ces réflexions, j'y joindrai d'autres observations qui viendront à l'appui de mes opinions.

Les observateurs anciens et modernes ont reconnu l'influence sympathique morbide des organes les uns sur les autres. Ce n'est pas que chaque auteur ait eu son opinion particulière, pour expliquer les phénomènes des sympathies. Hippocrate croyait voir un déplacement de l'utérus, qui voyageait au col, à la tête, pour déterminer les différens phénomènes que nous appelons aujourd'hui hystériques. Barthez, Haller, Whitt, Hunter, Tissot et Bichat, ont donné chacun des théories différentes des phénomènes sympathiques. Bordeu les expliquait par la communication du tissu cellulaire ; d'autres auteurs, tels que Baglivi, par la communication des membranes et des vaisseaux sanguins. Aujourd'hui on s'accorde à expliquer les rapports sympathiques par le moyen du système nerveux.

L'aliénation mentale a été attribuée, de nos jours, par MM. Prost et Broussais, à l'inflammation et à l'irritation des viscères. M. Prost explique par l'état inflammatoire des membranes muqueuses des intestins la surexcitation secondaire du cerveau. M. Broussais regarde la folie comme dépendant souvent des déplacemens de l'irritation d'un organe sur le cerveau. Georget se refuse à toute explication de ce genre et regarde la folie comme toujours idiopathique (page 268, *Dictionnaire de Médecine*). M. Esquirol place le siége de la folie, non-seulement dans le cerveau, mais encore dans les divers foyers de la sensibilité placés dans les diverses régions du corps (page 267, *Dictionnaire de médecine*). Je crois que cette dernière opinion de mon illustre maître est la meilleure ; seulement il faudrait donner un mode d'explication satisfaisant des phénomènes morbides sympathiques. C'est ce que je vais m'efforcer de faire. En effet, qu'il y ait ou non irritation ou inflammation d'un organe éloigné du cerveau, la folie ne peut avoir lieu que par le trouble des fonctions nerveuses. Dans l'état normal, les organes communiquent entre eux au moyen de sympathies (L'usage a consacré cette dernière expression). Mais qu'arrive-t-il lorsque les phénomènes sympathiques deviennent exagérés, vicieux, si j'ose m'exprimer ainsi ? Cet état sympathique morbide, je l'ai appelé névropathique, c'est-à-dire souffrance des nerfs, névrose. La névropathie peut être essentielle, primitive, c'est-à-dire n'avoir été précédée par aucun autre phénomène vital, tel que l'irritation, l'inflammation. Ainsi l'estomac, par exemple, peut être primitivement affecté d'une névrose qui trouble ses fonctions, et par continuité agit sur le cerveau. D'autres fois, au contraire, la névropathie est consécutive à un état d'irritation ou d'inflammation, et les phénomènes névropathiques se dessinent. Voici un exemple de névropathie de l'estomac.

TROISIÈME OBSERVATION.

Une jeune femme de 24 ans, très-susceptible, ayant été exposée à des contrariétés morales très-vives, est affectée de douleurs d'estomac, surtout après avoir mangé ; elle ne présente aucun des phénomènes d'une irritation de cet organe, elle digère toujours fort bien, ne vomit jamais, sa langue est naturelle. La pression épigastrique n'est douloureuse que dans l'accès : ce sont de véritables accès qui se renouvellent à des intervalles différens. Cette jeune dame va-t-elle en voyage, elle ne ressent plus rien et jouit de la meilleure santé. Cette position vague est souvent accompagnée de phénomènes névropathiques sur le cerveau ; ainsi, après un repas abondant, car cette dame est obligée de manger beaucoup pour satisfaire sa faim, elle est prise d'une profonde tristesse, d'un besoin de sauter, de danser, de pleurer ; elle a eu quelquefois des idées de suicide. La crise passée, cette dame reprend sont calme habituel, et l'on ne pourrait s'apercevoir d'aucun désordre physique et moral.

L'ouvrage du docteur Barras sur les gastralgies offre des faits analogues, et qui prouvent qu'il peut se développer dans nos organes une maladie essentiellement nerveuse, qui n'a point de rapport avec les irritations et les inflammations, dont il est si utile cependant de ne pas méconnaître les phénomènes ; car, comme je le disais à l'instant, l'état névropathique succède souvent à l'état inflammatoire, et il arrive aussi que les phénomènes nerveux se terminent par une inflammation ; il ne faut donc pas tomber dans les excès de la théorie, et conserver un juste milieu dans ses opinions médicales, pour que le traitement approprié soit employé à propos.

Je reviendrai encore sur ces considérations dans le cours de ces réflexions.

Notre première observation de névropathie utéro-cérébrale offre un exemple fréquent ; c'est le développement de l'aliénation mentale après les couches. Georget écrit page 224 du *Dictionnaire de médecine :* « Les suites de couches disposent singulièrement les femmes à l'aliénation mentale ; mais la maladie n'éclate ordinairement que par suite d'une seconde cause, d'une influence morale ou autre. Sur sept cent quarante femmes, soixante-douze perdirent la raison par suites de couches (Esquirol). » On voit que Georget a vu qu'il fallait une cause efficiente secondaire pour déterminer l'aliénation mentale ; mais a-t-il dit que le système nerveux utérin prenait une suractivité qui doit nécessairement influencer le centre nerveux principal, le cerveau ? Je crois que si les femmes deviennent folles plus facilement dans ce cas, c'est par le fait même de la matrice ; et la preuve de ce que j'avance, c'est qu'il n'y a pas de folie plus

facile à guérir quand on agit directement sur l'organe utérin par un traitement convenable.

Ce qui doit frapper l'esprit dans le premier fait, c'est le retour de l'aliénation mentale au bout de onze années, et toujours après une couche. Cette femme naturellement gaie, qui n'avait autour d'elle aucune cause morale capable d'altérer la sérénité de son caractère, qui avait le meilleur des maris, devint triste pendant sa grossesse. Après les couches, les idées les plus bizarres se succèdent; il n'y a ni suppression de lochies, ni causes morales qui puissent expliquer le développement de la folie; il faut donc, pour cette dame, chercher d'autres explications.

L'utérus chez la femme, est après les organes destinés à l'entretien de la vie, celui qui est le plus important; il a un effet réactionnaire continuel sur le centre nerveux, le cerveau. Dans l'état normal, on sait quelle est son influence à l'âge de puberté; plus tard, le mariage devient indispensable, car les filles chez lesquelles le vœu de la nature n'est pas rempli sont exposées à diverses maladies nerveuses, et surtout à l'hystérie. Cette dernière maladie a son siége incontestablement dans la matrice, quoique certains auteurs, et surtout Georget, l'aient placé dans le cerveau, opinion dont il serait probablement revenu, si cet excellent praticien n'avait été moissonné à la fleur de l'âge.

Si maintenant nous examinons le moral de la femme en général, car j'admets volontiers des exceptions, nous voyons qu'elle prend souvent conseil, dans ses actions, de l'influence utérine; les femmes vivent d'amour et pour l'amour; les hommages des hommes sont pour elles une nécessité; la femme la plus sage aime encore qu'on lui fasse la cour.

Mais pourquoi tant de passion? c'est que le système nerveux, chez la femme, est plus développé, plus susceptible, plus irritable, plus combustible. Je le demande maintenant, avec une pareille organisation, que doit-il arriver lorsque les sympathies naturelles des organes s'exaltent, deviennent vicieuses, morbides, névropathiques? doit-on s'étonner que l'utérus, anatomiquement parlant, qui a tout au plus le volume d'un œuf dans l'état de vacuité, et qui prend un volume considérable par l'état de gestation, doit-on s'étonner, dis-je, si son système nerveux, qui prend un développement correspondant, acquiert une activité telle que les moindres causes agissent pour troubler ses fonctions, et par contre-coup le cerveau? Il me semble que ce sont là des explications physiologiques, et elles me paraissent satisfaire l'esprit tout aussi bien que les raisonnemens émis jusqu'à ce jour. Voici d'ailleurs un fait qui prouvera plus que toutes les théories.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Mademoiselle.., âgée de vingt-trois ans, d'une assez bonne constitution, d'un caractère variable, est née d'une mère qui s'occupa peu d'elle, et qui la confia dès son jeune âge à une institutrice. Destinée elle-même à l'enseignement, elle s'adonna à l'étude. Formée assez tard, elle ne vit jamais régulièrement. En proie de temps à autre à des chagrins cuisans, elle était souvent agacée par des peines morales. Elle fut chargée de l'éducation de deux enfans qui lui donnaient assez de mal. Naturellement pieuse, elle se livrait à des exercices de religion qui servaient à la maintenir dans les justes bornes de la raison. Cependant, ayant aperçu chez la dame où elle était, un jeune homme qui lui plut, elle ressentit une telle impression, que bientôt il s'ensuivit des attaques de nerfs qui prirent tous les caractères de l'hystérie. De l'hystérie, elle arriva jusqu'à la nymphomanie, et il est inutile ici de raconter tous les phénomènes qui s'opérèrent alors. Elle tomba, à la suite de ses fureurs utérines, dans un état de stupeur. C'est dans cette situation qu'elle me fut confiée. Immobile, elle ne marchait qu'avec peine; elle aurait oublié de manger, de se coucher, de se lever, si l'on ne l'avait avertie de le faire. La circulation était lente; du reste, ses fonctions nutritives s'exécutaient parfaitement. Elle resta dans cette situation à peu près pendant deux mois, pour redevenir exaltée; ses fureurs utérines étaiens portées au plus haut degré; ses discours étaient entremêlés d'expressions les plus indécentes, et l'on avait peine à croire qu'une jeune personne bien élevée pût posséder un tel vocabulaire. Le traitement fut constamment dirigé vers le point de départ de la maladie. Une saignée fut pratiquée, et plusieurs applications de sangsues eurent lieu à la vulve. Les bains frais et prolongés furent donnés fréquemment.

Ce fait est des plus concluans pour appuyer la théorie que je viens de développer, que l'utérus est un organe tellement influent, que son état de névrose peut développer l'aliénation mentale, car la nymphomanie présente à mes yeux les phénomènes de la folie sympathique.

En 1829, j'écrivais : « Toutefois, dans l'état actuel de la science, on peut expliquer les folies symptomatiques par l'irritation sympathique d'un organe sur le cerveau. Beaucoup de femmes aliénées délirent principalement à l'époque des règles; beaucoup deviennent folles à l'âge où les règles cessent. J'ai sous les yeux une demoiselle de quarante-cinq ans qui n'est aliénée qu'aux époques où venaient ses règles autrefois; le délire dure plusieurs jours; dans l'intervalle de ces retours d'aliénation, cette malade est dans un calme parfait, et sa conversation n'annonce pas un grand dérangement des facultés intellectuelles. Peut-on se refuser, dans ce cas, à reconnaître l'influence de la matrice sur le cerveau? L'hypocondrie n'est autre chose qu'une folie symptomatique dépendant de l'irritation sympathique d'un organe abdominal affecté. »

On voit qu'en 1829, comme à présent, j'étais persuadé de l'existence des folies sympathiques, seulement aujourd'hui mes idées sont plus assises sur la nature de l'affection nerveuse d'où dépendent les sympathies. Il est évident pour moi que la demoiselle dont je rapportais l'observation alors avait une névrose de la matrice dont les effets se faisaient surtout sentir aux époques anciennes de ses règles.

Revenons sur ma première observation (névropathie utéro-cérébrale). J'ai dit qu'aucune cause morale n'avait fait naître la folie, mais qu'on doit admettre chez la malade une prédisposition que la grossesse et l'accouchement avaient développée, l'influence nerveuse utérine qui avait surexcité secondairement le cerveau; de là vint l'aliénation mentale. On a dû remarquer que les fonctions utérines avaient lieu dans l'état normal, que les règles revenaient chaque mois; seulement, on observait un redoublement de la surexcitation nerveuse à chaque époque menstruelle. Les fonctions nutritives s'exerçaient aussi avec assez d'intégrité; cependant il y avait un peu d'amaigrissement. La coloration jaune de la peau pouvait tenir à ce que le foie ne faisait pas très-bien ses fonctions. Ce dernier dérangement expliquerait peut-être la tristesse profonde de cette dame. La circulation était lente; on sait que dans les affections concentrées de l'âme, il se fait une véritable concentration du sang vers les organes intérieurs. On aperçoit par tous ces détails que l'organisme souffrait, parce qu'il n'y avait plus équilibre dans les fonctions nerveuses, l'innervation languissait; le traitement devait surtout être moral. L'isolement, l'éloignement des habitudes, des distractions, voici ce qui pouvait éloigner cette dame de ses idées fixes. Suivre d'ailleurs les indications qui se présentaient, favoriser les digestions, entretenir la liberté du ventre, faire prendre des bains tièdes, voilà quel pouvait être le traitement. Cette dame est sortie en bon chemin de guérison.

La seconde observation de névropathie utéro-cérébrale n'est pas moins que la première digne de fixer toute notre attention. Cinq grossesses ont lieu presque successivement, trois d'entre elles sont accompagnées d'aliénation mentale. On ne pourra ici révoquer en doute la liaison intime de l'utérus avec le cerveau. Mais pourquoi cette alternative, que l'on peut expliquer d'abord par la nature de l'affection, qui est souvent intermittente? et l'on sait que c'est là un des caractères des affections nerveuses; ensuite on s'est efforcé d'éviter le retour de l'aliénation mentale par des saignées copieuses. Trente saignées au moins ont été pratiquées à madame... pendant ses grossesses. Si nous nous reportons vers l'époque de la première grossesse, nous voyons une cause déterminante agir directement sur le moral de cette dame. On la soigna pour éviter tous les effets de la commotion, mais, un mois après, l'aliénation débuta par des attaques de nerfs, qui peuvent faire penser que la matrice n'y était pas étrangère.

Le délire fut violent pendant onze jours; et l'on remarqua que madame... était prise par intervalles de crises qui n'appartiennent pas essentiellement au cerveau, mais bien au système nerveux en totalité. L'amélioration des symptômes de l'aliénation n'eut véritablement lieu que lorsque l'utérus fut débarrassé du produit de la conception.

On pouvait prévoir que la seconde grossesse serait accompagnée des mêmes phénomènes d'aliénation mentale; il n'en fut rien; il y eut intermittence; d'ailleurs des saignées copieuses, l'absence de toute cause morale contribuèrent à éviter l'accès. Madame... accoucha sans accident.

Deux années se passèrent, et l'on pouvait croire que ce laps de temps serait une raison d'écarter la folie; elle se développa de nouveau à la même époque de grossesse à peu près. En 1830, une quatrième grossesse ne fut accompagnée d'aucun accident : la malade fut saignée fréquemment.

En 1833, la cinquième grossesse fut accompagnée d'un accès d'aliénation, qui eut peu d'intensité et de durée.

En 1835, l'aliénation mentale se déclara après une suppression de règles, et l'on pouvait croire à une sixième grossesse, mais dans le doute on examina le vagin et la matrice, que l'on trouva phlogosés. Le traitement le plus convenable pour combattre l'ensemble des phénomènes morbides fut employé. Lorsque l'époque où l'on aurait pu s'assurer positivement d'une grossesse fut arrivée, une consultation du professeur Lisfranc nous confirma que, s'il n'y avait pas grossesse, il y avait une maladie de la matrice. La liaison entre l'utérus et le cerveau nous fut de nouveau clairement démontrée, puisque nous n'obtînmes du mieux dans l'état mental de madame... que lorsque la lésion utérine fut enrayée.

Ce fait est un des plus beaux qu'on puisse rapporter pour prouver cet enchaînement nerveux entre les organes. Toute action vitale exagérée doit toujours réagir d'une manière exagérée. Le cerveau et ses dépendances sont les points vers lesquels vont aboutir tous les chocs nerveux. Un doigt affecté de panaris peut faire délirer le cerveau, aussi bien qu'un estomac enflammé. Une piqûre au doigt produit le tétanos. L'épilepsie commence quelquefois par un doigt. Comment expliquer tous ces phénomènes sans admettre cette intime corrélation des organes? il faut donc, et je ne cesserai de le répéter dans toutes mes publications, envisager le système nerveux en totalité pour se rendre compte des phénomènes de la folie. Toutes les explications métaphysiques, et même celles qui ont été publiées dernièrement, ne sont à mes yeux que des hypothèses imaginaires, il vaut mieux étudier la physiologie que la psychologie pour avancer la science.

Je dirai donc, en terminant ces réflexions, que la meilleure théorie, pour se rendre compte des aliénations mentales sympathiques, est de considérer l'ensemble du système nerveux formant une espèce de chaîne sur le trajet de laquelle se trouvent placés les organes de l'économie, animale. Par l'influence nerveuse réciproque de ces organes, il s'opère des phénomènes qui, dans l'état normal, s'appellent sympathiques, et qui, dans l'état de maladie, peuvent être désignés par l'expression de névropathie : ainsi, que la névropathie soit essentielle ou dépendante d'une inflammation, il s'opère dans le système nerveux un trouble notable dont les phénomènes ne peuvent être rapportés qu'aux nerfs eux-mêmes. Que se passe-t-il intimement? Voilà un mystère que je ne puis découvrir : mais il n'en est pas moins vrai que les phénomènes existent. La médecine dite

physiologique a cherché en vain à renverser la doctrine des névroses. Ce mot névrose est, disent quelques médecins, une manière d'explication pour cacher notre ignorance; mais que ces mêmes médecins se donnent la peine d'examiner de près une maison d'aliénés, et ils s'apercevront que le système nerveux, en totalité, joue un grand rôle dans la production des phénomènes de la folie, surtout chez les femmes; parce que leur système nerveux étant plus développé, laisse mieux apercevoir toutes les nuances que la nature nous cache chez les hommes.

J'ai prononcé le mot d'innervation; on sait que certains auteurs, entre autres Reil, et Prochaska ont admis la circulation d'un fluide qu'ils ont appelé fluide nerveux. Haller a combattu en vain cette proposition. De nos jours, on ne peut se refuser à admettre que les nerfs soient les conducteurs d'un fluide impondérable auquel on doit reconnaître une action bien déterminée. Suivant MM. Prévost et Dumas, la contraction musculaire serait due à la circulation du fluide électrique. Ne sait-on pas d'ailleurs que certains animaux sont pourvus d'un véritable appareil électrique (la torpille et l'anguille tremblante)? Tout nous porte à croire qu'il y a dans les nerfs une véritable circulation; que l'innervation a ses lois, ses phénomènes, et que beaucoup de nos maladies peuvent dépendre du trouble des fonctions de l'innervation; toujours est-il que les nerfs jouent un grand rôle dans les principales actions vitales qui régissent notre organisme, et qu'il faut bien admettre des maladies nerveuses pour être conséquent avec ce que nous savons jusqu'alors sur les fonctions du système nerveux.

Il ne faudra non plus jamais séparer l'étude de l'aliénation mentale de celle des maladies nerveuses; il y a des connexions telles, que la folie s'accompagne de certains phénomènes nerveux, de même que ceux-ci précèdent et déterminent l'aliénation mentale: l'épilepsie, l'hystérie, la chorée et d'autres affections nerveuses, accompagnent souvent la folie.

De l'emploi de la digitale dans les affections de poitrine, par M. Renaud, docteur en médecine.

Nous devons compte à tous nos confrères des découvertes que chaque jour nous révèle la pratique, soit dans le diagnostic des maladies, soit dans leur mode de traitement; aussi c'est avec empressement que je viens vous soumettre deux observations de guérisons obtenues par l'emploi du sirop de digitale, contenant un quart de grain d'extrait hydro-alcoolique par once dans des cas d'affection de poitrine. Je regrette bien sincèrement de ne pouvoir présenter une masse de faits concluans, mais les résultats que j'ai obtenus me donnent tout lieu de croire qu'entre les mains des autres médecins il produira des effets analogues à ceux que j'ai observés.

Madame M..., demeurant rue Montorgueil, âgée de 26 ans, tempérament nervoso-lymphatique, d'une complexion grêle, naturellement peu réglée, a été atteinte d'un coryza, au mois de septembre 1835. Ce coryza, négligé dans le principe, ne tarda pas à gagner l'arrière-bouche, la trachée-artère et de là les bronches, d'où il résulta une bronchite aiguë, avec crachats opaques et gluans, et des douleurs profondes entre les deux épaules. Cet état dura quelques jours, et la malade ne fit que boire quelques tisanes miellées. Le 21 septembre, septième ou huitième jour de la maladie, je fus mandé. La malade a la face colorée, les yeux injectés, la langue pâteuse, sèche, amère et brûlante; le pouls donne 102 à 104 pulsations; la respiration est de 45 à 46 inspirations par minute. Les crachats sont épais et striés de sang. La poitrine auscultée donne un peu de matité dans la partie inférieure, vers la base du poumon gauche, et l'on entend à la partie supérieure une espèce de sifflement qu'on ne peut comparer qu'au bruit produit par un déchirement d'étoffes; le poumon droit paraît sain, quoique la respiration soit toute abdominale. J'ordonne immédiatement une large saignée, des cataplasmes sinapisés au mollet. Une tisane gommée et, de trois en trois heures, une forte cuillerée à bouche de sirop de digitale. Je n'eus pas besoin d'avoir recours aux émissions sanguines, et sous l'influence immédiate du sirop de digitale la malade recouvra un état de santé qui depuis ne s'est pas démenti.

Le sirop de digitale a eu pour résultat dans cette expérience de ralentir les pulsations artérielles, de calmer l'intensité des douleurs et surtout les violentes quintes de toux qui fatiguaient horriblement la malade, et de produire un sommeil léger et durable.

La seconde observation est plus probante peut-être.

Le sieur Jules C..., demeurant rue Guérin-Boisseau, atteint d'une pleurésie qui le tient plié en deux (c'est son expression), grêle, irritable, faible et poltron, toussant par quintes, avec ou sans expectoration, face rouge vers les pommettes, blanche et jaune ailleurs, langue pointillée, brûlante et sèche, pouls battant 116, respiration très-courte, me fit rappeler le quatrième jour de la maladie.

Après avoir constaté cet état, j'ordonnai une saignée, mais le malade la refusa; je conseillai alors vingt-cinq sangsues, mais le malade ne voulut à aucun prix consentir à leur application; alors, sans plus le presser, j'ordonnai des cataplasmes très-chauds sur la région douloureuse (flanc droit), des lavemens émolliens et une demi-cuillerée de sirop de digitale, toutes les heures, délayée dans une infusion légère de fleurs de mauve, et de l'eau de gomme dans l'intervalle. Sous l'influence de ce traitement, le pouls redevint à 80, la respiration fut plus libre, la toux moins fréquente et moins douloureuse; le malade se redressa peu à peu, et au bout de six jours il put retourner à son atelier.

Eugène Renault, D.-M.-P.

Du tic douloureux ; par SIR HENRY HALFORT, médecin du roi d'Angleterre.

Si plusieurs rameaux de la cinquième paire qui s'étendent sur le visage sont affectés, cette maladie offre le plus haut degré de douleur ; si, au contraire, les nerfs d'autres parties souffrent, elle est moins douloureuse et curable ; car, dans ces cas, le mal prend sa source d'un désordre des viscères abdominaux. La prosopalgie est presque toujours incurable, et les seules indications que le médecin doit tâcher de remplir, c'est de diminuer les douleurs et d'améliorer la constitution du malade.

Le siége de la douleur n'est pas toujours celui de la maladie ; car en coupant le nerf souffrant, le mal ne cesse que rarement. Selon l'auteur, le tic douloureux dépend presque toujours d'une hypertrophie d'un os quelconque du crâne, quelquefois de la concrétion d'une matière osseuse dans une partie molle, par suite de laquelle le nerf est irrité.

L'auteur rapporte des cas dans lesquels la guérison ou l'autopsie viennent à l'appui de son opinion. Nous citons, comme remarquable, le cas d'une de ses malades qui, pendant près de dix ans qu'elle souffrait de ce mal, avait pris plus de 25 liv. de sous-carbonate de fer, et plus encore de valériane ; l'opium dont elle s'était servie l'avait toujours soulagée pendant la nuit, jamais pendant le jour.

Du tic douloureux ; par JOHN SCOTT.

L'auteur admet quatre espèces de tic douloureux, selon le siége, la localité du mal et selon le nerf affecté ; ainsi, douleur 1° dans le nerf sus-orbitaire ; 2° dans le nerf sous-orbitaire ; 3° dans le nerf maxillaire inférieur, et 4° dans le nerf facial. La découverte que ce dernier n'est que nerf de mouvement, lui fait penser que les affections de cette espèce dépendent plutôt de quelques rameaux de la cinquième paire.

Il est quelquefois impossible de découvrir le siége de la douleur ; on prend souvent la seconde et la troisième espèce pour une affection dentaire. Mais celle-ci commence faiblement, et s'accroît peu à peu, continue sans ou avec peu d'intermissions, augmente si l'on exerce une pression sur la dent cariée, et est presque toujours compliquée d'un gonflement des gencives, des lèvres et des joues. C'est ce dernier symptôme qui manque essentiellement dans le tic douloureux.

Il existe deux opinions eu égard à la nature du mal ; les uns admettent un développement anomal des vaisseaux du névrilème ; les autres, un trouble (aliénation) du nerf même, sans changement dans la vascularité.

En général, il faut chercher les causes du tic douloureux ainsi que de la plupart des autres névralgies, dans une irritation constitutionnelle quelconque du système, sauf les cas où l'irritation est produite localement par une lésion du nerf, par une esquille, ou par d'autres corps étrangers.

Traitement de la névralgie sciatique.

La lecture de l'article rapporté dans le 3e numéro de ce journal (15 décembre 1835), sur les bons effets de l'huile de térébenthine dans le traitement de la sciatique, m'engage à faire connaître, dans l'intérêt de l'humanité, un moyen bien simple que j'emploie dans ces diverses affections, surtout pour les névralgies lombaires, pelvi-trochantériennes ou sciatiques, les névralgies des extrémités pelviennes et thoraciques.

Un homme, âgé de 50 ans, d'une constitution athlétique, et d'un tempérament bilioso-sanguin, s'exposant fréquemment aux intempéries de l'air, fut atteint d'une névralgie pelvienne du côté gauche, qui ne lui permettait de conserver, ni jour ni nuit, aucune position normale. Après avoir mis en usage tous les moyens qu'on lui avait indiqués, il s'adressa à moi. Je fis frictionner à sec la partie avec un morceau de flanelle ; puis j'appliquai en frictions une pommade composée ainsi :

Prenez :	extrait de belladone	ʒi à ʒi j.
	axonge	℥ i à ℥ ij.
	Mêlez s. a.	

Immédiatement après, je fis couvrir toute la partie douloureuse d'une feuille de papier gris, sur laquelle on passa à plusieurs reprises un fer à repasser modérément chaud. La même opération fut réitérée trois fois par jour, et je recommandai au malade de garder le lit jusqu'à son entière guérison.

J'ai observé que cette douce chaleur impressionnait favorablement le système dermoïde, et forçait les pores multipliés du corion, qui viennent se ramifier à la surface du corps réticulaire, à absorber la partie résineuse et calmante de cette plante et augmentait son action sédative.

J'emploie aussi quelquefois cet extrait mêlé avec celui de jusquiame.

J'ai eu recours à la même médication chez une femme âgée de 60 ans, atteinte de la même maladie, boîtant depuis longtemps par l'effet des douleurs atroces qu'elle éprouvait par intermittence. Elle a été parfaitement guérie.

M...., âgé de 57 ans, atteint de la même maladie dans un des membres thoraciques, et de la même manière, a été aussi parfaitement guéri.

Il suffit ordinairement de la dose que je viens d'indiquer.

Je me propose, à la prochaine occasion, de faire l'essai de ces deux extraits en lavement pour les affections névralgiques des extrémités seulement.

DE BARBE, D.-M.

——

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

JANVIER 1836.

Traitement des maladies de la peau.

Le sulfure de chaux, en frictions dans la paume des mains, guérit toutes les maladies chroniques éruptives de la peau, telles que les dartres, la teigne, etc.

Les maladies chroniques de la peau, telles que les dartres, la teigne, etc., ont été l'objet d'un grand nombre de descriptions, de classifications et de théories.

D'innombrables remèdes ont été proposés pour leur guérison.

Chacune de leurs espèces, chacune de leurs formes ont été et sont encore l'objet de prescriptions particulières.

Cependant l'hôpital Saint-Louis de Paris, où l'on n'a reculé devant aucune difficulté pour réaliser, à ce sujet, toutes les idées des médecins qui le dirigent; où l'on a réuni tous les objets, tous les appareils; où l'on a essayé depuis longtemps et où l'on emploie chaque jour tous les moyens proposés contre ces maladies; l'hôpital Saint-Louis, malgré d'immenses services rendus, témoigne encore de tout ce qui reste à faire, puisque de nombreux malades, après de très-longs traitemens, en sortent non guéris, et que d'autres y rentrent après des guérisons qui n'ont été que momentanées.

La carrière n'était donc pas fermée. On ne saurait trouver mauvais le désir d'y marquer utilement son passage.

I. — Vers la fin de 1820, je fus consulté par un officier en retraite (1) qui, depuis deux ans, portait au bras gauche, depuis l'épaule jusqu'au poignet, une dartre squammeuse humide qui faisait le tourment de sa vie.

Malgré l'usage continuel de bains et de cataplasmes mucilagineux et opiacés, l'inflammation, la démangeaison, la cuisson et la douleur, entretenues par une suppuration âcre et des plus abondantes, ne laissaient au malade aucun instant de repos.

Une toux sèche, de la difficulté à respirer, de l'amaigrissement annonçaient une réaction puissante sur les organes de la respiration et persuadaient, avec quelque raison, au malade, qu'il était atteint de phthisie pulmonaire.

On avait épuisé pour lui toutes les ressources connues de la médecine. Les médicamens anti-psoriques surtout lui avaient été prodigués, parce qu'il avait eu plusieurs fois la gale pendant le cours de ses campagnes.

J'avais essayé moi-même, pendant plusieurs mois, mais sans aucun succès, un grand nombre de moyens.

Je fis préparer alors, avec huit parties d'axonge et une partie de sulfure de chaux, un onguent analogue aux linimens employés dans le traitement de la gale par les docteurs Louis Valentin et Pihorel, et comme l'inflammation du bras de mon malade s'opposait à l'application immédiate de ce médicament, je le fis employer à la dose d'un gros, en frictions dans la paume des mains, pendant un quart d'heure matin et soir.

Pendant ce traitement, sur lequel je n'avais fondé que de bien légères espérances, tous les symptômes énoncés ci-dessus diminuèrent progressivement, et au bout de deux mois, ils avaient complétement disparu; et pendant onze années que j'ai eu l'occasion fréquente de revoir cet officier, à la suite de ce traitement, il s'est toujours fort bien porté.

Cette guérison, aussi remarquable qu'inespérée, me fit désirer et chercher ardemment des occasions d'en renouveler l'épreuve. Ces occasions furent trop rares d'abord, et je fus d'ailleurs trop mal encouragé par ceux de mes confrères auxquels je communiquai mes premières observations, pour en faire l'objet d'une publication.

Mais aujourd'hui que des faits nombreux et irrécusables, scrupuleusement observés pendant plus de douze années, prouvent le succès constant de cette médication, je n'hésite plus à les publier.

II. — Le second dartreux soumis au même traitement fut un bijoutier de Versailles, qui, depuis trois mois, avait au menton une dartre pustuleuse qui avait résisté à l'usage des lotions de sulfure de potasse. Il fut parfaitement guéri après trois mois de frictions dans les mains avec la pommade de sulfure de chaux.

III. — Un horloger (1), demeurant alors à Paris, rue des Boucheries-Saint-Germain, n° 32, avait, depuis dix ans, sur toute la moitié droite de la poitrine, une dartre furfuracée, pour laquelle il n'avait suivi aucun

(1) M. le capitaine Chirot, aujourd'hui employé de l'administration des finances aux Carrières-Charenton.

(1) M. Santt, aujourd'hui à Blois.

traitement et qui disparut complétement en vingt-sept jours, après cinquante et quelques frictions.

IV. — Un employé au Palais-de-Justice de Paris (1) avait aussi, depuis au moins dix ans, tout le corps, excepté la tête et les mains, couvert d'une dartre furfuracée, qui fournissait chaque jour, par le plus léger frottement, une quantité énorme de débris de l'épiderme.

Il était en outre attaqué depuis longtemps, deux ou trois fois par mois, de coliques excessivement violentes, et sa constitution visiblement s'altérait de jour en jour.

Après quatre-vingts frictions, il fut entièrement débarrassé de son éruption; ses coliques ne tardèrent pas à disparaître en entier, et dix ans après, sa santé n'avait pas cessé, depuis lors, d'être satisfaisante.

V. — Un porteur d'eau (2) avait depuis plusieurs années la tête, les oreilles, le cou et les épaules rongés par des dartres croûteuses et ulcérées, qui avaient résisté à l'emploi d'un grand nombre de moyens, et qui furent parfaitement guéries au bout de sept mois.

VI. — Un jeune élève de l'école militaire de La Flèche (3) avait, depuis son enfance, le nez et la lèvre supérieure énormément déformés par une dartre, dont l'aspect faisait craindre une complication scrophuleuse. Des taches blanchâtres et épaisses s'étaient peu à peu formées sur les yeux et avaient diminué la vue de manière à faire craindre un aveuglement complet.

L'application d'un séton au cou avait, pendant quelques mois, diminué ces symptômes, qui restèrent enfin stationnaires malgré l'entretien de ce douloureux exutoire.

Après huit mois de frictions dans les mains, le nez et les yeux étaient parfaitement guéris; le séton était supprimé, et cinq ans après, la santé de cet enfant n'avait pas cessé d'être parfaite.

VII. — Un bijoutier (4) avait, depuis quatre ans, sur les deux avant-bras, de larges dartres écailleuses qui avaient résisté à un long traitement subi à l'hôpital Saint-Louis, et qui furent complétement guéries après huit mois de frictions.

VIII. — Un concierge de la rue de la Michodière, à Paris (5), âgé de soixante-quinze ans, avait, depuis trois ans, des dartres furfuracées sur tout le corps et des ulcérations aux jambes, qui lui causaient les plus cruelles démangeaisons. Il avait subi, sans le moindre avantage, de longs traitemens à l'hôpital Saint-Louis. Il fut guéri après trois mois d'usage du sulfure de chaux.

Je dois dire qu'à la suite de cette guérison il eut une grave inflammation des poumons et de l'estomac, que l'on ne manqua pas d'attribuer à la guérison de ses dartres, et à laquelle, heureusement, il ne succomba pas.

(1) M. Fessin, concierge du tribunal civil.

(2) Jean Goza, rue Thiroux, n° 11, à Paris.

(3) Le fils de M. Taverne, directeur du haras de Brenne.

(4) M. Belorgé, alors rue d'Argenteuil, n° 13, à Paris.

(5) M. Derbier, n° 4.

Je dois dire en outre que quatre ans après, à la fin de 1828, et à l'âge de 79 ans, il éprouva de nouveau une éruption à peu près semblable à la première; qu'il alla encore passer quelque temps à l'hôpital Saint-Louis, qu'il en sortit encore sans être guéri, et qu'il ne recouvra sa santé qu'après deux mois d'usage de sulfure de chaux.

Mais une attaque d'apoplexie, dont pourtant il ne mourut pas, vint une seconde fois compromettre un instant la réputation du remède.

Depuis lors, je ne l'ai plus revu, mais je sais qu'il vivait encore en 1830.

IX. — Un professeur de danse (1), à Paris, avait, depuis vingt ans, des dartres furfuracées qui avaient résisté à de nombreux traitemens. Les sourcils et les mains étaient surtout, à son grand désespoir, devenus le siége de cette éruption. Dix mois suffirent à sa guérison.

X. — Une demoiselle (2) avait, depuis quatre à cinq ans, une dartre pustuleuse, dont les démangeaisons étaient si vives, si continues, si impérieuses et si malheureusement placées, qu'il lui était, pour ainsi dire, impossible de sortir de chez elle. Un médecin de l'hôpital Saint-Louis (3) lui avait, sans aucun succès, donné ses soins depuis l'apparition de ce mal, et les miens ne furent suivis d'une guérison parfaite qu'au bout de quinze mois. Quatre ans après, elle jouissait encore d'une santé parfaite.

XI. — Un ouvrier sellier (4) avait, depuis sept ans, de nombreuses dartres squameuses orbiculaires répandues sur tout le corps et qui disparurent après quatre mois de traitement.

XII. — Une demoiselle de boutique, chez un confiseur (5) de la rue des Lombards, à Paris, avait, depuis dix ans, à la main gauche, des dartres furfuracées arrondies qui furent guéries dans l'espace de quarante jours.

XIII. — Une jeune fille (6), à Versailles, avait, depuis quatre ans, à la suite d'une grande frayeur, tout le corps couvert de dartres croûteuses qui furent guéries dans l'espace de trois mois.

XIV. — Un enfant de six ans (7) avait, depuis sa naissance, les deux jambes couvertes de dartres squameuses humides qui furent guéries en cinquante jours.

XV. — Une religieuse, garde-malade de Bon-Secours, rue Notre-Dame-des-Champs, n° 12, à Paris, était, depuis deux ans, en proie à un prurigo général (des milliers de petits boutons lui causaient des dé-

(1) M. de Saint-Martin, professeur au pensionnat des *Petits-Oiseaux*, rue de Sèvres.

(2) Mademoiselle Bidault, rue Saint-Anastase, n° 7, au Marais.

(3) M. Vallerand de la Fosse.

(4) Verdier, rue du Faubourg-Saint-Honoré, n° 8, à Paris.

(5) M. Arnouts, à la Barbe-d'Or.

(6) Fille du sieur Ferrey, employé au théâtre.

(7) Fils du sieur Lacaze, portier, rue du Faubourg-du-Temple, n° 26, à Paris.

mangeaisons insupportables). Un célèbre professeur (1) lui avait en vain donné ses soins. Quatre mois suffirent à sa guérison.

XVI. — Trois teigneux, sur lesquels avaient échoué, à l'hôpital du Havre, un grand nombre de traitemens (la calote entre autres), et qu'on avait abandonnés comme incurables, furent guéris dans l'espace de cinq mois.

XVII. — La cuisinière d'un bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine (2), avait, depuis douze ans, la peau des mains, des avant-bras et des genoux à peu près semblable à de la peau d'éléphant. On l'avait longtemps et vainement traitée à l'hôpital Saint-Louis. Elle avait, en outre, la poitrine dans un état grave qui offrait des symptômes de phthisie pulmonaire et d'asthme suffocant.

En sept mois, la peau et la poitrine furent rendues à leur état naturel.

XVIII. — Un enfant d'onze ans (3), demeurant à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), avait, depuis six ans, une teigne muqueuse qui couvrait une partie de la tête de croûtes épaisses et lui causaient de vives démangeaisons. Plusieurs médecins du pays l'avaient longtemps et inutilement traité. Après une année d'emploi du sulfure de chaux, sa guérison a été parfaite.

XIX. — Un ancien sous-officier de la garde (4) avait, depuis cinq ans au moins, toute la poitrine couverte d'une dartre furfuracée qui avait résisté, ainsi que de violentes douleurs nerveuses dans l'épaule gauche, à un grand nombre de bains de vapeurs sulfureuses, pris à l'hôpital Saint-Louis.

Après deux cent cinquante frictions de sulfure de chaux dans les mains, sa dartre avait complétement disparu et ses douleurs nerveuses étaient devenues rares et très-légères.

XX. — Une cuisinière, à Bruxelles (5), avait, depuis longues années, au bras gauche, une large dartre squameuse humide qui avait résisté à beaucoup de remèdes et qui fut guérie en trois mois.

XXI. — Madame la comtesse de *** (6) avait, depuis de longues années, une dartre qui, semblable à celle désignée sous le n° X, avait résisté aux remèdes proposés par plusieurs médecins célèbres. Après une année de frictions dans les mains, elle avait totalement disparu.

XXII. — Un capitaine retraité (7) avait des dartres furfuracées sur diverses parties du corps, depuis au moins vingt ans, et depuis deux années, à la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche, un ulcère large comme la paume de la main, à bords inégaux et décollés, et produisant une suppuration abondante et fétide.

Les dartres et l'ulcère n'existaient plus après trois mois de traitement.

XXIII. — Un propriétaire de Vienne, département de l'Isère (1), tourmenté de dartres depuis plusieurs années, et effrayé de fréquens étourdissemens et d'une grande faiblesse des yeux, vit diminuer et disparaître peu à peu tous ces symptômes pendant trois mois de frictions de sulfure de chaux.

XXIV. — Le caissier d'un célèbre pensionnat de Paris (2), fils d'un père dartreux, avait apporté lui-même, en naissant, des signes de ce funeste héritage, et jusqu'à l'âge de quarante ans, il avait toujours eu, quoi qu'on eut pu faire, des dartres squammeuses fixées sur les mains et errantes sur différentes parties du corps.

Il avait, en outre, depuis deux ans, à la plante du pied gauche, un ulcère fistuleux, par lequel s'écoulait une matière sanguinolente tout à fait semblable à celle que produit la carie des os. La marche était devenue presque impossible, et M. le professeur Marjolin avait laissé entrevoir la nécessité d'une amputation.

Après quinze mois de frictions de sulfure de chaux, les dartres avaient disparu, l'ulcère s'était fermé, et trois années après, la guérison ne s'était point encore démentie.

XXV. — Une femme de vingt-neuf ans (3) était aussi née avec des dartres et avait subi en vain, même à l'hôpital Saint-Louis, de longs et nombreux traitemens.

Quand elle commença l'usage du sulfure de chaux, son corps tout entier était en proie à une éruption de pustules successivement remplacées par de larges croûtes qui, en tombant au bout de quelques jours, après d'intolérables démangeaisons, laissaient à découvert autant d'ulcères rouges et douloureux.

La cuisse gauche surtout n'était tout entière qu'une vaste plaie, d'un rouge de feu, à la surface de laquelle on voyait sourdre continuellement des gouttelettes d'une humeur limpide, mais si corrosive, que la malade ne pouvait calmer l'impression de brûlure qu'elle lui causait que par l'application, incessamment renouvelée, de linges trempés dans une décoction mucilagineuse froide.

Son traitement a duré deux ans, et sa guérison, retardée par deux grossesses, ne fut complète qu'après plusieurs alternatives de mieux et de mal.

XXVI. — Un employé supérieur de la préfecture de la Seine (4) avait, depuis vingt ans, les deux jambes couvertes de dartres squammeuses, contre lesquelles étaient venus échouer les conseils des médecins les plus célèbres de Paris (5). Quelques mois d'usage de sulfure

(1) M. le professeur Récamier.

(2) M. Pignolet.

(3) Louis Launay.

(4) M. Chesneau, alors à l'Hôtel-des-Colonies, rue de Richelieu, à Paris.

(5) Chez M. Lacrose, libraire.

(6) Madame la comtesse d'Effiat.

(7) M. Lambin, petite rue Taranne, n° 3, à Paris.

(1) M. Bouvier.

(2) M. Gérard, chez M. Morin, rue Louis-le-Grand, n° 21.

(3) Madame Thuileau, concierge de l'enclos des Montagnes russes, aux Termes, près de Paris.

(4) M. Miel.

(5) MM. Alibert, Biet, Marjolin.

de chaux avaient rendu beaucoup meilleure qu'elle n'avait été depuis vingt ans la position de ce malade, que je n'ai plus revu, mais qui doit être parfaitement guéri, s'il n'a pas manqué de persévérance.

XXVII. — Une dame (1), à Angers, département de Maine-et-Loire, avait vu, depuis huit à neuf ans, à la suite de violens chagrins, tout son corps et même son visage se couvrir successivement de pustules et de croûtes dartreuses, qui l'avaient forcée à se séquestrer du monde; et qui, pendant tout ce temps, avaient résisté à de nombreux remèdes, et que le sulfure de chaux fit disparaître dans l'espace d'une année.

XXVIII. — Un de nos architectes les plus célèbres (2) avait, depuis la campagne d'Égypte, le visage couvert de pustules qui disparurent après quelques mois de frictions.

XXIX. — Un ancien inspecteur des mines du Hartz (3), âgé de quatre-vingt-cinq ans, avait, depuis son enfance, presque toujours conservé des petites dartres furfuracées, dont le siége le plus ordinaire était aux doigts des mains. Vers la fin de 1830, ses jambes et ses bras se couvrirent presque subitement de larges plaques furfuracées, puis croûteuses, sous lesquelles suintait une humeur abondante qui lui causait d'insupportables démangeaisons et qui produisit, aux jambes surtout, plusieurs ulcérations étendues et profondes.

Après sept mois de frictions dans la paume des mains toutes ces éruptions et ulcérations avaient disparu, et sa santé était encore parfaite trois ans après.

XXX. — Je terminerai ces observations par l'extrait d'une lettre, datée de Varsovie, le 2 juin, et dans laquelle M. le baron Girardot (4), ancien chirurgien-major des lanciers polonais, me rend compte de l'emploi du sulfure de chaux, dont je l'avais prié de faire l'essai dans le traitement de la plique :

« Cher Collègue,

» Non pour flatter votre amour-propre, mais bien » pour rendre hommage à la vérité, je vais vous faire » part des résultats que j'ai obtenus par l'emploi de » vos frictions.

» J'en ai fait commencer l'usage, le 12 février der- » nier, dans les paumes des mains d'un ouvrier alle- » mand, qui avait une dartre humide sur le bras droit » et sur la face du même côté. Il éprouvait des démangeaisons telles, qu'il ne pouvait se livrer ni au tra- » vail ni au sommeil. Au bout de six semaines de trai- » tement, la maladie avait disparu; le patient avait » retrouvé le sommeil et recommencé ses travaux.

» Une jolie fille parisienne, ouvrière en modes, avait » un mal tout pareil sur le bras gauche. Elle a été guéri- » rie en aussi peu de temps et il n'est resté à la peau » qu'une couleur lie de vin, sans la moindre démangeaison ni la moindre inégalité.

» Je donne actuellement des soins à huit enfans pau- » vres, qui, de la tête aux pieds, étaient couverts d'é- » ruptions dartreuses, laiteuses, humides, squameu- » ses, etc., qui ne pouvaient dormir et que l'on n'osait » toucher qu'avec répugnance. Tous vont très-bien, et » pour être plus sûr du résultat, je les fais, tous les » jours, frictionner chez moi et devant moi par leurs » mères, qui viennent d'autant plus volontiers, que je » joins aux remèdes une dose d'alimens qui les indem- » nise du trajet que je leur fais faire.

» Je traite aussi un individu qui, depuis trente ans » porte sur la tête une croûte dartreuse qui, chaque » année, envahit le front, et contre l'empiétement de » laquelle il a mis en vain à contribution toutes les » eaux sulfureuses et fumigations connues.

» Depuis bientôt deux mois, le vice a diminué d'in- » tensité et ne cause plus de démangeaisons. En un » mot, son état malgré ses doutes et les miens, s'amé- » liore chaque jour, et cette observation est déjà et » sera, j'espère, tout-à-fait concluante en faveur de vo- » tre procédé.

» Pour la plique, je n'ai encore qu'une observation » relative à un de nos compatriotes, qui était resté » comme instituteur chez un seigneur, habitant les » bords d'une rivière où cette dégoûtante maladie est » endémique et très-dangereuse, si l'on coupe les che- » veux sans traitement préalable. Ce malade est au » deuxième mois de l'emploi de vos frictions, et déjà » la coiffe, formée par un réseau inextricable des che- » veux, commence à se détacher, et j'espère, dans un » mois, à l'aide de quelques coups de ciseaux, la faire » tomber sans le moindre inconvénient pour le patient, » qui sera débarrassé d'un poids d'au moins quatre li- » vres, dont sa tête est chargée et dont l'aspect re- » poussant le prive d'une place qui est si nécessaire à » son existence.

Je pourrais joindre au témoignage de M. Girardot, ceux de plusieurs de mes confrères qui, fort incrédules et fort décourageans dans l'origine de mes communications sur le traitement des maladies de la peau, ont fini par en vérifier l'exactitude et par l'adopter exclusivement.

Il me suffira de rappeler et de noter ici que M. le professeur Récamier, en 1830, communiqua à ses élèves de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris des résultats pareils aux miens, et qu'il avait obtenus dans sa pratique, en suivant, à ma prière, les indications que je lui avais données.

J'ai pris parmi plus de cinq cents les observations que je viens de citer. La description d'un plus grand nombre de faits, semblables pour le résultat, n'ajouterait

---

(1) Madame de Lévaré, femme du secrétaire-général de la préfecture, en 1829.

(2) M. Lepeyre, architecte du château de Fontainebleau.

(3) M. Beurard, quai des Tournelles, n° 5, à Paris.

(4) M. le baron Girardot était un des vénérables débris de nos vieilles armées qu'il avait suivies sur nos plus célèbres champs de victoire. C'est lui qui, à la fin de la bataille de Craonne, où il avait passé la journée à secourir les blessés, eut la jambe emportée par un boulet, et subit l'amputation sans proférer d'autre cri que celui de *vive l'Empereur!*

Après la chute de l'empire, il se retira à Varsovie avec ses vieux frères d'armes qui l'aimaient comme un père, et il y est mort, quelques semaines après la révolution de juillet, chez son général le comte Krasinsky.

rien à l'intérêt qui s'attachera, j'espère, à un mode de traitement presque toujours efficace, toujours d'ailleurs sans inconvéniens et plus simple que la plupart de ceux qui ont, jusqu'à ce jour, obtenu le plus de faveur.

Personne, assurément, ne contestera la simplicité, la facilité d'un remède qui n'oblige un malade qu'à se frotter doucement les mains, pendant dix minutes matin et soir, avec un peu de pommade.

Jamais, je ne dirai pas le moindre accident, mais pas même un inconvénient notable n'a pu en faire redouter l'emploi.

Néanmoins, le croira-t-on, j'ai vu des gens dévorés de maladies dartreuses, quelques uns hideusement défigurés, ayant pendant de longues années essayé tous les moyens connus et usé la patience de tous les médecins, réduits enfin à garder leur mal sans espoir de guérison et se refuser ou à commencer, ou à continuer mon remède ; les uns sous le prétexte qu'il n'agissait pas assez vite ; les autres parce qu'il était trop simple pour être bon, et qu'il était ridicule de prétendre guérir, en se frottant les mains, un mal aux pieds ou à la tête; d'autres enfin, parce qu'ils ne pouvaient supporter l'ennui de dix minutes de frictions répétées tous les jours, et chaque jour deux fois.

Si le remède avait été de ceux que l'on avale, et surtout s'il avait été purgatif, on n'aurait pas trouvé la moindre objection contre lui ; comme si la digestion n'était pas une fonction assez importante pour être respectée! comme si l'estomac n'avait pas assez à faire de digérer presque constamment les innombrables substances alimentaires dont nous nous plaisons à le surcharger!

J'ai vu d'autres malades (ceux-là du moins étaient excusables) qui, surpris dès le commencement du traitement, par une augmentation considérable de leurs éruptions, ou, plus tard, fatigués d'alternatives répétées de mieux et de mal qui les faisaient passer tour à tour du bonheur au désespoir, étaient tout près de perdre courage ; mais comme l'expérience m'avait appris à les prévenir de ces vicissitudes et à leur prédire, presque à coup sûr, que l'augmentation du mal, au commencement du traitement, était un signe de l'action expulsive du remède et d'une guérison certaine, et que chaque récidive serait moins forte que la précédente jusqu'à la disparution totale des symptômes ; ceux-là ne se découragèrent jamais complétement, tant que je fus près d'eux pour les aider de ma persévérance, et leur guérison en fut le prix.

Je citerai, à cet égard, un exemple très-remarquable :

Le supérieur-général (1) d'une institution ecclésiastique, justement célèbre, livré depuis de longues années à de hautes études et à la vie la plus sédentaire, éprouva, vers l'année 1815, des démangeaisons qui ne tardèrent pas à troubler gravement sa santé.

Pendant quinze ans, de savans médecins (2) s'efforcèrent en vain de le débarrasser d'une infirmité qui, loin de diminuer, s'était, depuis environ deux ans, augmentée de douleurs vives et fréquentes de la vessie, que l'on attribua, les uns à des calculs; les autres à des vaisseaux variqueux; ceux-ci à une affection catarrhale ; ceux-là à une irritation nerveuse ; et un seul (1), à la même cause qui produisait les dartres.

Fatigué de quinze années de souffrance et de l'inefficacité de tous les moyens dont il avait usé ; rempli d'ailleurs de résignation et persuadé que dans un âge avancé, la mort seule pouvait guérir des maux aussi rebelles, il avait résolu de cesser toute espèce de traitement.

Ce ne fut donc qu'avec beaucoup de peine qu'on le détermina aux frictions de sulfure de chaux, vers le commencement de 1830, et ce fut avec bien plus de peine encore que je parvins à les lui faire continuer jusqu'au mois de juin 1831.

Une augmentation considérable de ses démangeaisons s'était manifestée dès le commencement du traitement que, par ce motif et sans de vives instances, il aurait abondonné immédiatement.

Dans l'espace d'une année, il éprouva ainsi plusieurs accès, mais dont les intervalles, de plus en plus longs, étaient notablement marqués par une amélioration manifeste de la santé générale.

Le malade convenait, dans ces intervalles, qu'il n'avait point été aussi bien et aussi longtemps bien depuis plusieurs années, et pourtant, chaque récidive, quoique prévue, le ramenait toujours à son découragement et à son manque de foi dans les ressources de la médecine.

La chaleur de conviction avec laquelle, certain de sa guérison, je soutenais sa persévérance, et le désir peut-être de se montrer reconnaissant de mon zèle, le firent continuer avec résignation tant que je fus près de lui ; mais à peine eus-je quitté Paris, que, malgré les instantes prières que je lui avais faites en partant, il ne put, au premier retour de ses douleurs, résister seul à son idée fixe d'incurabilité, et il abandonna totalement sa maladie à elle-même.

Pour moi, qui sur plus de six cents malades traités de la même manière, n'en ai trouvé que deux sur qui le sulfure de chaux, ainsi administré, n'ait manifesté aucune action favorable, j'ai le droit d'être convaincu de l'efficacité de ce médicament, et c'est désormais un devoir, je pense, de lui donner la plus grande publicité possible.

Le terme moyen de la durée de ce traitement est de six à huit mois.

Quelques guérisons n'ont été parfaites qu'au bout de deux ans.

Quelques unes l'ont été au bout de quinze jours.

Deux ou trois mois suffisent dans un grand nombre de cas.

Du reste, la guérison se fait généralement d'autant plus attendre, que la maladie est plus ancienne.

Des enfans à la mamelle, des vieillards de quatre-

(1) M. Garnier, supérieur-général de Saint-Sulpice.

(2) MM. Récamier, Alibert, Boyer, Civiale, etc.

(1) M. Récamier.

vingts ans et plus, des femmes enceintes, des individus atteints d'autres maladies chroniques graves y ont été soumis avec le même succès et toujours sans inconvéniens relatifs à leur position.

En général, tous les individus, dont la santé, outre leur éruption, était plus ou moins altérée, ont été doublement guéris pendant l'emploi du sulfure de chaux.

Les récidives sont extrêmement rares. Je n'en ai rencontré que trois exemples et j'en ai cité un sous le n° VIII.

Il est évident, d'après tous ces faits, que le sulfure de chaux, administré comme je l'indique, joint encore à ses autres avantages celui de nécessiter, moins fréquemment et moins impérieusement que tout autre remède, l'intervention du médecin.

La dose de sulfure peut même varier sans inconvéniens, car, quelque quantité qu'on en puisse mettre dans la paume de la main, dix minutes de friction n'en feront jamais absorber qu'une portion toujours bien inférieure à celle qui pourrait déterminer quelque trouble dans l'économie.

Néanmoins, plusieurs circonstances peuvent rendre la présence du médecin sinon indispensable, du moins fort utile.

En effet, quelques maladies de la peau affectent tellement cet organe; il s'y manifeste souvent des désordres si graves, des inflammations si douloureuses, des ulcérations si profondes; certains organes importans à la vie en sont parfois si dangereusement atteints, qu'elles demandent alors un traitement particulier, sans lequel le remède principal serait plus difficilement efficace.

Un médecin éclairé peut seul alors remédier à de pareils accidens ou en prévenir le développement.

Il peut seul aussi déterminer les cas dans lesquels la suspension du traitement peut être nécessaire et ceux pour lesquels divers accessoires peuvent concourir à son succès, tels que des bains de différentes natures, l'administration interne et externe de substances narcotiques, purgatives, etc.

Des bains d'eau simple, un ou deux par semaine, à une température modérée (vingt-trois à vingt-cinq degrés), sont, à part quelques circonstances extraordinaires, le seul accessoire que j'aie employé.

Quelquefois, à la suite d'un long usage du sulfure de chaux et lorsque l'éruption me semblait avoir pris un caractère d'irritation chronique purement locale, j'ai fait avec succès appliquer sur le mal lui-même, à la dose d'un demi-gros par jour, du cérat dans lequel j'avais fait mélanger, par chaque once, dix grains de nitrate ou un demi-gros de protochlorure de mercure.

D'autres fois, lorsque les maladies de la peau m'ont paru avoir pour cause primitive ou immédiate des affections syphilitiques, j'ai toujours employé avec succès et toujours aussi sans le moindre inconvénient, le protochlorure de mercure, à la dose d'un grain matin et soir, en frictions pendant une minute, dans la bouche, à la partie interne des joues.

Ce mode d'administration, conseillé pour la première fois, je crois, par le docteur Clarck, réalise, pour ceux qui ont de la persévérance, tous les avantages que l'on cherche dans l'usage du mercure, sans offrir aucun des inconvéniens qui justifient l'espèce de terreur attachée à son emploi.

Quant au régime, à l'hygiène en général, je n'ai jamais trouvé, pour les maladies de la peau, la nécessité de prescriptions particulières. Mes conseils sur ce point se sont toujours bornés à rappeler à chacun, comme pour toutes les circonstances ordinaires de la vie, l'utilité d'habitudes actives et tempérantes, sans lesquelles il est ridicule de prétendre à de longs jours et à une santé parfaite.

A des faits multipliés, observés longtemps avec attention et produisant constamment des résultats semblables, il est naturel et sans inconvénient de rattacher, s'il est possible, une théorie qui puisse les expliquer d'une manière satisfaisante.

Il est évident que le sulfure de chaux, mis en contact avec la paume des mains au moyen d'une légère friction, pénètre dans l'intérieur du corps par les vaisseaux absorbans dont l'ouverture extérieure contribue à la formation des pores de la peau.

Il est évident encore que ce sulfure, dont l'odeur est presque nulle quand il est bien préparé et parfaitement sec, trouve, aussitôt qu'il est absorbé, parmi les substances avec lesquelles il circule, quelques unes qui ont, celle-ci pour la chaux, celle-là pour le soufre, plus d'affinité que ces deux corps n'en ont l'un pour l'autre.

Il est évident qu'alors ils se séparent pour former des combinaisons nouvelles, dont l'une, le gaz sulfureux, sort presque immédiatement, comme l'a aussi remarqué M. le professeur Récamier, par toute la surface de la peau.

Afin de constater les différens phénomènes qui se passent pendant cette médication, je m'étais proposé une série d'expériences dont les résultats auraient pu être intéressans pour la science, mais que j'abandonnai, à peine ébauchés, pour des intérêts de famille, auxquels je crus devoir sacrifier alors le séjour de Paris, ma profession et mes études.

Sans ce changement de position, j'aurais certainement aujourd'hui des résultats nombreux à publier sur le traitement de la plique et des diverses lèpres qui sont encore considérées comme incurables dans la plus grande partie du globe, et contre lesquelles je suis persuadé que le sulfure de chaux ne serait pas moins efficace que dans nos climats.

Analyser le sang, la lymphe, la salive, les urines et la matière des éruptions d'un grand nombre d'individus atteints de maladies de peau;

Partager en différens groupes ces analyses, suivant la nature de la maladie, l'âge des malades ou les circonstances particulières qui auraient pu se rencontrer;

Renouveler les expériences à différentes époques du traitement;

Y soumettre de même des individus qui n'auraient jamais été atteints d'affections cutanées;

Comparer ensemble tous ces résultats, prendre pour base les fluides à l'état sain, constater ce qu'ils ont en plus ou en moins à l'état malade ; observer les modifications que le sulfure de chaux leur fait subir ; suivre, autant que possible, cette substance dans sa décomposition et dans ses combinaisons nouvelles et prendre pour dernier terme de comparaison les individus guéris ;

Telles étaient les différentes questions que je m'étais posées.

A défaut de leur solution, voici comment je m'expliquais la formation des maladies de la peau et l'action du remède.

Une mauvaise alimentation trop prolongée, l'extrême malpropreté, des travaux de cabinet trop assidus, des contentions d'esprit trop grandes, des chagrins violens, la frayeur (*cela tourne le sang:* expression proverbiale fondée sur l'expérience), un trouble dans la sécrétion du lait des nourrices, la gale, la syphilis, les scrophules et peut-être aussi un vice spécifique, un virus dartreux, produisent un changement dans la composition des matériaux nécessaires à la vie et les rendent propres à développer les différentes éruptions chroniques de la peau.

Ces causes agissent elles en supprimant quelqu'une des substances qui concourent à la formation et à l'entretien de nos organes, ou bien en y ajoutant quelques matériaux étrangers ?

N'agissent-elles qu'en rompant l'équilibre de ces substances ; en augmentant ou en diminuant la quantité ou les qualités, l'état normal enfin d'une ou de plusieurs d'entre elles ?

Si ces questions peuvent être résolues, ce ne peut être que par le résultat des expériences que je viens d'indiquer.

Mais dans l'une ou l'autre hypothèse, il est certain que le sulfure de chaux rétablit l'équilibre rompu, soit en se combinant à la substance étrangère ou en excès et en la neutralisant, soit en renouvelant celle dont l'absence nuit à la régularité des fonctions, et toutefois en détruisant la cause irritante qui enflamme et désorganise la peau et quelquefois les membranes muqueuses.

Jamais le sulfure de chaux, ainsi employé, ne cause de ces déplacemens, de ces rentrées de matières ou d'irritation dartreuse, dont on a vu tant d'exemples fâcheux sous l'influence de médicamens introduits dans l'estomac ou appliqués immédiatement sur le mal.

Il entretient presque toujours, au contraire, jusqu'à la destruction de la cause du mal, une sorte de fluxion à la peau qui garantit ou débarrasse les organes internes, et cette fluxion est très-probablement produite et entretenue par l'évaporation continuelle de gaz sulfureux, résultant de la décomposition évidente du sulfure.

Ce gaz entraîne-t-il avec lui le principe de la maladie ?

Tout le soufre introduit dans la circulation en sort-il de la même manière ?

Tout le sulfure est-il décomposé ?

Que devient la chaux ?

Il y aurait probablement à trouver dans ces recherches quelques faits de chimie animale et de physiologie curieux et profitables à la science, mais dans l'impossibilité où je suis de continuer et de compléter aujourd'hui ces travaux si intéressans et si regrettables, je ne devais pas, du moins, différer davantage la publication de faits susceptibles d'une utilité et d'une application générales et immédiates.

Je termine donc, en répétant, qu'avec de la persévérance, le sulfure de chaux en frictions sur une partie saine, dans la paume des mains, par exemple, guérit sûrement toutes les maladies chroniques éruptives de la peau.

Les circonstances dans lesquelles ce médicament se montre inefficace sont extrêmement rares.

Mais la vaccine elle-même n'est pas sans exceptions.

A. Savardan,
Docteur en médecine.

Sur le principe vénéneux du crapaud.

Le docteur Roulin vient de publier une note sur les plaies de crapauds. Beaucoup de naturalistes pensent, dit-il, que le crapaud n'a aucune propriété malfaisante, c'est une erreur qui peut avoir ses inconvéniens et qu'il est bon de signaler. Le célèbre chimiste Davy ne la partageait pas, et, partant de l'idée très-sensée que la croyance populaire ne s'était pas établie sans quelque fondement, il entreprit un examen de la liqueur laiteuse exsudée par la peau du crapaud. Il y découvrit un principe fort âcre, agissant sur la langue comme l'extrait d'aconit préparé dans le vide, et excitant, même quand on l'applique sur la peau de la main, un sentiment de brûlure qui dure plusieurs heures. Le suc lui-même produit des effets semblables, mais souvent moins puissans, en raison du plus ou moins d'albumine qui s'y trouve toujours mêlé.

Davy, voulant savoir quel serait l'effet de cette liqueur portée dans la circulation, piqua un poulet avec une lancette dont la pointe avait été chargée de l'humeur laiteuse. Il n'en résulta aucun accident ; M. le docteur Roulin a vu qu'une expérience semblable faite sur un animal plus petit avait réussi, mais une fois seulement : la question méritait donc d'être examinée de nouveau.

Davy trouva le principe vénéneux, non-seulement dans la liqueur des pustules, mais encore dans le fluide visqueux qui enduit la langue, et même dans le sang, quoique en très-petite quantité. Le célèbre chimiste croit pouvoir attribuer à cette sécrétion un double usage. D'abord, elle peut servir à protéger contre les attaques des carnassiers, l'animal qui, du reste, trouve une défense dans l'épaisseur de sa peau.

Cette peau est très-résistante en raison de l'abondance des carbonates de chaux et de magnésie, et du phosphate de chaux qui sont déposés dans le derme, et le rendent

très-pierreux. Ce fait est d'autant plus digne de remarque, qu'on vient de découvrir une nouvelle espèce de crapaud dont la peau se durcit en une sorte de carapace et le rapproche du genre des tortues : c'est un passage à la famille des chéloniens.

En second lieu, comme le fluide est très-irritant, on peut le regarder comme une excrétion par le moyen de laquelle le sang se décarbonise. L'appareil glanduleux serait aussi un auxiliaire du poumon.

En effet, Davy a remarqué qu'il reçoit un rameau considérable des artères pulmonaires. Le docteur Edwards avait déjà prouvé, par d'autres considérations, que la peau chez les batraciens est un organe respiratoire ; les deux observations s'appuient donc mutuellement.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JANVIER 1836.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

—

Introduction à la thérapeutique naturelle; par M. A. Lagasquie, D. M. P.

> Medicus naturæ minister et interpres, quidquid meditetur et faciat, si naturæ non obtemperat, naturæ non imperat.
>
> Hippocrate, Baglivi.

Dans un rapide aperçu sur l'histoire du vitalisme, nous avons essayé d'établir qu'au-dessus des théories où se trouvent discutées la prééminence des humeurs et des solides et leurs diverses altérations, existait un principe général déduit de l'observation qui offrait à la physiologie la plus étendue et la plus ferme de ses bases. On n'ignore point que ce large principe de la force vitale, si culminant sous les noms d'*enormon*, d'*impetum faciens*, de *nature*, dans la médecine hippocratique, a rallié les hommes qui ont le plus illustré notre profession. Malheureusement, on en a été beaucoup trop distrait dans ce siècle. Encore quelques réflexions à ce sujet, après quoi nous déduirons les premières conséquences thérapeutiques du vitalisme.

L'histoire de la médecine nous enseigne que les doctrines philosophiques générales, spécialement appliquées à la physiologie, ont le plus souvent imprimé une fausse direction aux théories et à la pratique médicales; tandis que la philosophie naturelle, c'est-à-dire l'observation réfléchie, dégagée de préoccupation le plus possible, les a constamment ramenées vers la même et la bonne voie (1) : et ce n'est pas un fait d'une faible importance, que de retrouver debout, sur les ruines de tant de théories délaissées, deux principes toujours apparens et les mêmes; comme on voit, dans l'ordre moral, les vérités primordiales survivre aux séductions des sophismes, aux égaremens des sociétés, et acquérir enfin force d'axiomes.

Sans parler du système récent et fameux auquel des vues d'anatomie générale et le phénomène de l'irritation ont prêté les fondemens principaux, la médecine de notre siècle a largement payé son tribut de déviations aux préoccupations philosophiques dominantes. Elle s'est fortement imprégnée de matérialisme, en délaissant les actes vitaux, leur origine, leur ensemble et leur but, pour des symptômes et des altérations cadavériques, trop souvent stérilement coïncidentes, en proscrivant les aperçus de l'esprit jusque dans les plus sévères inductions, pour ne s'en rapporter qu'au témoignage des sens. Le scepticisme, qui est un autre cachet non moins saillant de la philosophie régnante, a ébranlé jusque dans leurs fondemens les opinions de toute espèce. Un beau rôle lui était réservé, une foule d'erreurs et de préjugés devaient succomber sous ses attaques. Mais il a bientôt dépassé les sages limites de l'examen; après avoir appris à douter de tout, il a disposé les esprits à ne rien croire, et il a inspiré trop de présomption à ses prosélites les plus ardens. L'autorité des hommes et des principes dédaigneusement foulée aux pieds, chaque sceptique en particulier, sans consulter les dimensions de son cerveau, a considéré la science comme si elle était en tout point à refaire. De là, par parenthèse, une foule de volumes d'observations dont les auteurs se sont peu embarrassés si les mêmes choses n'avaient pas été redites des milliers de fois, ou ne seraient pas inutiles à dire; et la science qui lie le passé au présent est tombée dans une sorte de disgrace. Les opinions des hommes qui ont fait époque en médecine ne doivent certainement pas être admises sans droit d'examen, mais au moins faut-il les connaître, et l'érudition n'est guère de mode aujourd'hui, que la clinique et les autopsies tracent le cercle de la science. Cependant l'observation par soi-même ne saurait suppléer aux lenteurs de l'expérience et aux découvertes du génie. Il est donc précieux d'avoir dans la mémoire ce que les têtes supérieures ont légué à nos méditations, et l'on doit bien se garder de recevoir et de rejeter légèrement leurs opinions, comme on le fait trop souvent par ignorance, par présomption et par abus du doute méthodique (1). Somme toute, il faut le reconnaître, le scepticisme a beaucoup plus détruit que réé-

(1) Le dogme de la nature médicatrice rectifié par l'expérience et l'expérimentation raisonnée.

(1) Ceci nous rappelle une modeste et sage réflexion du plus grand naturaliste du siècle. Voyant les dernières recherches sur l'écorce minérale et le noyau central, ramener les esprits vers le système naguère abandonné de l'incandescence primitive du globe terrestre, il ajoute que le retour vers une opinion autrefois émise par de grands maîtres prouve qu'il ne faut jamais mépriser les conjectures des hommes de génie, que l'apparition de la vérité jusque dans leurs rêves est l'un de leurs priviléges.

difié. Mais le mouvement de recomposition se fait sentir en médecine, il est apparent pour quiconque suit les mouvemens de cette science, que fatigués à la fois et des systèmes qui n'expliquent pas les faits, et des faits entassés sans connexion systématique et surtout de l'impuissante contemplation de la mort, la plupart des médecins soupirent aujourd'hui après une doctrine médicale.

Cependant au milieu des doutes, des perplexités, de l'anarchie qui précèdent les réformes et accompagnent un état transitoire, le tableau de la nature s'offre le même aux yeux de tous, et chacun s'efforce de le comprendre. Alors quelques vérités antiques et de premier ordre viennent frapper les esprits attentifs et non prévenus. Défians des méthodes thérapeutiques diverses, des médecins consciencieux restent dans une prudente expectative, et ils voient leurs malades guéris. Ils en concluent naturellement que ces maladies ne réclamaient pas une médication active, et qu'il faut nécessairement qu'il existe dans l'organisation une force agissante qui tende au rétablissement comme elle veillait à la conservation de la santé. Or, cette observation toute triviale, toute simple et lucide, fonde la vérité la plus générale, le principe le plus sage et le plus fécond qui existe en médecine. Ce principe de la force vitale, de la nature médicatrice, a été peu approfondi par la nouvelle génération médicale que dominait le matérialisme anatomique et physiologique. La même préoccupation philosophique qui, dans l'explication de l'harmonie de l'univers, rejetait les causes primitives et finales, pour rapporter tout au hasard, à des lois aveugles et fatales, a fait refuser à l'organisation vivante une faculté conservatrice intelligente que le sens commun y proclamait. Mais sans empiéter sur le domaine de la théologie, sans sortir des limites de l'histoire naturelle, comment méconnaître une intelligence primordiale dans la plupart des phénomènes physiologiques que nous observons? Cette graine qui devient un arbre, cet œuf, cette liqueur prolifique qui donnent naissance à un animal, ces plantes et ces animaux qui, par le seul bénéfice de la vie, se dérobent aux lois générales de la chimie et de la physique; vainement vous chercheriez la cause sensible de ces merveilleuses évolutions et de cette conservation non moins surprenante; tout cela s'opère sous vos yeux, et la puissance qui le produit vous échappe. Et lorsque l'intelligence des forces occultes de la nature se révèle avec tant d'éclat, il faut vraiment que l'organisation humaine soit bien disgraciée pour qu'elle apparaisse comme une machine fonctionnant au hasard et destituée de cette providence générale qui, en donnant la vie à chaque être, lui a concédé des facultés de conservation. On admet pourtant cette puissance conservatrice dans l'homme sain; on avoue qu'une force, inhérente à la matière animée, préside aux mélanges, aux séparations, à l'assimilation, aux sécrétions et aux excrétions, des *ingesta* solides et fluides. On a été même jusques à risquer l'antithèse hardie de chimie vivante pour représenter les actions vitales qui maintiennent le corps en santé, et ce corps qui résiste si merveilleusement aux causes de destruction qui l'entourent et qu'il recèle, à peine il est sorti de l'état physiologique, on semble perdre de vue l'intelligence irraisonnée qu'il montrait dans ses actes jusqu'alors. Quoi! parce qu'il ne fonctionne plus comme à l'ordinaire, vous concluez que le principe de son économie est changé, que de conservateur qu'il était, maintenant il conspire la perte! mais avant de condamner ainsi les mouvemens anormaux et de contrarier l'organisme réagissant par des moyens intempestifs, remontez donc à leur origine, constatez leurs résultats spontanés, et le plus souvent alors vous découvrirez leur tendance salutaire. Le trouble morbide frappe seul l'attention comme s'il était un effet sans cause, et c'est précisément à la cause qu'il faut remonter! Que diriez-vous de l'homme d'état dont tous les efforts s'appliqueraient à comprimer les perturbations sociales, sans s'enquérir des motifs qui les auraient provoquées? Et le médecin qui combat les phénomènes pathologiques sans avoir acquis l'expérience qu'ils ne sont pas utiles ou nécessaires dans l'état donné de l'économie, ne retrace-t-il pas l'impéritie et l'obstination de cet homme politique? Certes, de même que dans l'ordre social, les agitations, les séditions et les révolutions les plus légitimes sont une déplorable nécessité, de même, assurément, le trouble pathologique considéré, en général, comme une insurrection de l'organisme contre un obstacle quelconque à son jeu régulier, est une extrémité malheureuse, mais il y a de l'aveuglement dans l'un et l'autre cas à ne considérer que le désordre, c'est sa cause et sa fin qu'il faut chercher et prévoir pour savoir s'il doit être livré à lui-même, favorisé ou combattu. Voilà comment aux yeux du médecin vitaliste, l'agent du trouble, l'accident véritable dans les maladies, c'est la cause quelconque qui leur donne naissance et non point les mouvemens morbides eux-mêmes qui manifestent simplement une réaction anormale ou inaccoutumée contre des circonstances insolites; réaction généralement salutaire par sa tendance, quoique quelquefois nuisible ou funeste par ses résultats: de même qu'une contraction de l'estomac pour expulser un poison ou un chyme mal élaboré, pourrait occasionner le déchirement de ce viscère, et par suite la mort, tandis qu'elle ne devait que débarrasser l'économie d'une matière pernicieuse.

Nous serions entraînés trop loin s'il fallait exposer comment est conçue la maladie dans l'esprit de l'anatomisme, du physiologisme comparativement au vitalisme (qu'on excuse cette licence de récente néologie) à ceux qui pensent que tout est accidentel, désordonné, aveugle et fatal dans l'état pathologique, que la résistance vitale, la nature médicatrice sont des chimères, et que le médecin doit toujours traiter localement l'altération anatomique ou physiologique, comme le mécanicien répare la pièce qui fait défaut. Nous ne répondrons que deux choses : 1° La plupart des maladies guérissent ou guériraient spontanément. Dans une machine au contraire, et telle est la condition à laquelle le pur anatomisme réduisait le corps humain, les dérangemens persévèrent, aucune puissance ne tend à régu-

lariser un mouvement perverti, ou ne redonne l'impulsion aux rouages devenus immobiles : le désordre dans l'exercice ou le repos et l'inertie sont désormais son partage, si l'ouvrier ne la répare point ; 2° si les corps organisés n'étaient pas doués d'une faculté spéciale de conservation et de restauration, d'abord ils ne pourraient pas se maintenir en opposition aux lois ordinaires de la chimie et de la physique ; et de plus, une fois malades, il n'y aurait pas de raison pour que le mal ne persévérât, ne fît des progrès et n'amenât la destruction ; or, à moins de vouloir substituer à la règle l'exception, chacun sait que c'est le contraire qu'on observe.

Après cela expliquons-nous bien nettement sur la doctrine de la force vitale, afin qu'on ne nous prête pas une manière de voir qui n'existe pas en nous. Nous ne prétendons pas qu'en agissant et réagissant pour se conserver l'organisation raisonne ses actes, qu'elle ait une intention morale, une intelligence à l'abri d'erreurs. Rien de tout cela n'est dans notre pensée ; nous laissons cet optimisme de la nature médicatrice aux purs animistes, s'il en existe encore. La puissance conservatrice de l'organisation est tout simplement pour nous une faculté primordiale. Est-ce que l'œuf d'où doit éclore un oiseau raisonne les évolutions successives qui accompliront l'œuvre admirable ? Et nierez-vous pour cela qu'il n'y ait dans cette série de phénomènes un génie intuitif qui surpasse de beaucoup le vôtre? Il en est de même des mouvemens organiques conservateurs ; ils sont communément raisonnables sans être raisonnés. La génération, que nous citions à l'instant et dont tout le monde sans doute admire le travail merveilleux et la suprême intelligence, ne se trompe-t-elle jamais? Ne voyons-nous pas naître des monstres et dans la même espèce une infinie variété de conformations ? De même la nature médicatrice tombe par fois dans des écarts que la médecine doit chercher à prévenir et à combattre.

Terminons les considérations sur le principe conservateur de l'organisation par les paroles d'un homme qu'il serait déplacé de citer comme une autorité médicale, mais dont la supériorité du sens a été si souvent admirée. Pendant la maladie qui a terminé ses jours à Sainte-Hélène, Napoléon, répugnant à prendre des drogues, tint ce langage à son médecin : « Je vous l'ai dit bien des fois, docteur, nous sommes une machine à vivre, nous sommes organisés pour cela ; c'est notre nature. N'entravez pas la vie, laissez-la se défendre ; elle fera mieux que vos médicamens. »

Mais cette puissance vitale, tutélaire, inhérente à l'organisation, et communément appelée nature, n'est pas uniforme et constante dans ses procédés curatifs. Indépendamment des modifications générales que lui impriment les causes de maladie, les âges et les sexes, les climats, les saisons et les tempéramens, mesurée dans ses efforts, trop précipitée ou trop lente, fourvoyée quelquefois, les résultats de son action spontanée ne sont point toujours les mêmes. A force d'attention et de temps, l'observateur, qui a suffisamment noté ces variations, finit par connaître sous quelles apparences, dans quelles conditions la puissance vitale lutte avec le plus d'avantage, et désormais il s'attache à l'y maintenir, l'y conduire ou l'y ramener. Parfois l'agitation morbide, obscure dans son origine, dans sa marche, dans sa terminaison, ne fournit aucune indication ; seulement, d'après l'état des forces, la durée et l'issue, le médecin apprend s'il doit agir ou ne rien faire. Mais il a remarqué, dans d'autres circonstances, qu'une hémorrhagie, un vomissement, un dévoiement, une expectoration, une sueur, un flux d'urine, une éruption, un abcès, spontanément survenus, ont déterminé un changement sensible et favorable. De là, notre observateur est amené à épier dorénavant les situations semblables, pour aider la force vitale si elle ne se suffit point. En d'autres occasions, enfin, il a vu les mêmes phénomènes critiques empirer le mal, et il se gardera bien de les provoquer ou de les favoriser dans des cas analogues.

Rappeler cette doctrine des crises, sanctionnée par l'expérience des plus célèbres médecins, eut été naguère un impardonnable anachronisme, et la manière dont on philosophait d'une part, et de l'autre, dont on agissait en médecine, rendent parfaitement compte de cette réprobation. Le principe de la nature médicatrice rejeté, les produits critiques passaient inaperçus, ou bien devenaient des incidens sans conséquence, ou bien encore on les empêchait par une médication trop active. Rappelons, en effet, que les crises ne sont bien saisies que par celui qui sait les observer et les attendre ; et comment nier, de bonne foi, que les produits critiques ont été presque complétement négligés par la médecine moderne ? Si cette assertion paraissait douteuse, qu'on compare, sous ce point de vue, les travaux des anciens avec les récents écrits, et l'on verra quelle différence entre leur séméiotique et la nôtre ; et notez bien qu'il n'est pas ici question de leurs théories, car la séméiotique est toute observation. Or, ils ont laissé des volumes sur le pouls, les aspects du sang, les déjections, les sueurs, les urines, etc. Et quel cas a-t-on fait, de nos jours, de si pénibles et de si nombreuses remarques? Il était plus commode d'en contester l'utilité, que d'employer à leur vérification ses veilles dans son cabinet, et sa patience au lit des malades. Qu'on s'étonne après cela de la défaveur dans laquelle est tombée la doctrine des crises, puisqu'on ne s'est pas donné la peine de les constater ! Une thérapeutique trop agissante a concouru au même résultat. En poursuivant la fièvre à toute outrance avec la lancette et les sangsues, on a privé l'organisme de sa puissance de réaction, et les mouvemens critiques qui en auraient été la conséquence ont été quelquefois prévenus à propos, d'autres fois étouffés, au grand détriment des malades. Ne serait-il pas étonnant, par exemple, que le médecin qui n'a jamais trouvé le pouls fréquent, la peau chaude, sans soustraire du sang, eut observé des crises par des hémorrhagies ? Mais il n'en sera pas de même pour le praticien qui aura beaucoup observé avant d'agir. Celui-là, au contraire, aura constaté maintes fois des flux sanguins dans les cas de simple pléthore, dans les phlegmasies franches et

très-aiguës ; et du bien qu'elles auront alors produit, il aura tiré l'indication de secourir la nature, en modérant la violence de la réaction. Mêmes remarques peuvent s'appliquer aux autres mouvemens morbides sécrétoires, qu'on ne saurait observer lorsqu'on les a prévenus et empêchés. Ainsi, sans prétendre que les crises ne manquent jamais, encore moins qu'elles soient toujours appréciables, il est permis d'avancer qu'on les a sur tout contestées faute d'y avoir prêté attention, ou pour avoir entravé les efforts de la puissance vitale.

La nature médicatrice ou, si l'on aime mieux, l'organisme réagissant anormalement contre des influences elles-mêmes anormales, ne se borne pas à ces phénomènes critiques, dont la vie végétative semble le théâtre exclusif; le centre des perceptions est sollicité, et bientôt le malade, éclairé par l'instinct, devient lui-même pour le médecin une source de lumières. Il repousse les alimens, et la diète lui convient par-dessus toutes choses; presque toujours il saura faire le choix de la boisson et en mesurer la dose; la fatigue de l'exercice l'invite au repos dont il a besoin; s'il est tourmenté par l'ardeur et l'aridité de quelque partie, il en approchera un corps tempérant et humide; après s'être agité en tous sens, il finira par trouver la situation la plus convenable: le sang se précipite-t-il vers la tête, le malade s'efforce de la tenir élevée, la respiration est-elle gênée, vous le verrez redresser et fixer le tronc, de manière à favoriser les mouvemens respiratoires; il règlera les vêtemens qu'il lui faut; il jugera très-bien une infinité d'influences extérieures qu'on peut à volonté éloigner ou rapprocher tour à tour, etc., etc. L'un des plus beaux fragmens de thérapeutique que nous ait transmis l'antiquité, celui où le génie de la pratique se montre avec le plus d'éclat et de fécondité, repose sur l'appréciation de ces influences extérieures, et il est facile d'y reconnaître combien le grand médecin, qui a donné de si judicieux préceptes, avait su tirer parti des répugnances, des désirs et des habitudes des malades (1).

L'instinct, dont nous admirons souvent les déterminations chez les animaux souffrans, serait l'un des guides les plus sûrs en thérapeutique, si l'exercice prépondérant de la pensée n'avait affaibli et faussé dans l'homme la puissance de cette voix intérieure. En effet, quand les sensations instinctives sont mal interprêtées, mal traduites, quand le malade donne au médecin ce qu'il pense pour ce qu'il sent, il serait imprudent d'adopter ses vues et de céder à ses instances. Il faut alors redoubler d'attention et de discernement, mais en se gardant bien d'ériger en principe que l'instinct des malades ne doit pas être consulté, parce qu'on l'aura ou mal compris, ou réellement en défaut. C'est en méconnaissant ce précepte que d'anciens médecins, chefs d'école, favorisaient les inflammations en défendant, les trois premiers jours, aux fébricitans de boire; que les entrailles des hydropiques se consumaient par le refus de satisfaire leur soif; qu'une foule de malades étaient, bon gré mal gré, étouffés sous le poids des couvertures; que de nos temps on a ruiné de saines constitutions, et même causé la mort, en méconnaissant les dangers d'une diète péniblement supportée et intempestive, etc. Les désirs et les aversions des malades méritent donc d'être pris en considération, puisqu'il est avéré qu'en écoutant les impulsions instinctives, grand nombre d'entre eux font en partie ce qui convient. On ne doit point accueillir légèrement les manifestations de leurs appétits et de leurs répugnances.

Ainsi, les actes synergiques de la force vitale d'une part, de l'autre les instincts des malades traduits par la parole, et quelquefois encore leur expérience des choses qui leur ont été nuisibles ou avantageuses, voilà les sources de la thérapeutique naturelle. Le médecin y puise les plus sages leçons, et ce savoir simple et vrai trouve toujours un appui dans sa conscience: car il se sent l'élève de la nature, et non le jouet d'une fausse expérience, ou le fauteur d'un système éphémère. La pratique basée sur le mode de développement, le degré, la direction des mouvemens vitaux, les instincts des malades, et qui se résume si bien dans l'antique et belle maxime *quo natura vergit eo ducendum*, cette pratique, disons-nous, satisfait à toutes les indications dans la généralité des maladies aiguës, et dans beaucoup d'affections chroniques.

Qu'on ne croie pas cependant que la thérapeutique, qui a pour devise: observer, imiter, secourir la nature en la prenant pour guide, soit si denuée de ressources et puisse être apprise en un jour. Bien loin de là, c'est celle qui réclame de la part du médecin l'attention la plus soutenue, le jugement le plus exercé, et la pénétration la plus vive. Qui ignore que les procédés curatifs de la puissance vitale sont variés suivant l'espèce de maladie, les circonstances individuelles et hygiéniques? Et le médecin qui veut régler sa pratique sur les indices tirés de la nature même, n'est-il pas obligé auprès de chaque nouveau malade de s'enquérir des antécédens, d'apprécier l'état de mouvemens vitaux, et surtout de discerner leur tendance qui diffère selon plusieurs circonstances qui ont été sommairement indiquées? S'il n'était ici convenable de se renfermer dans les limites des généralités, nous tâcherions d'établir par des exemples combien sont sages dans l'application, inoffensifs dans les conséquences, abondans en résultats, les principes de ce que nous dénommons la thérapeutique selon la nature. Elle seule, et sans les précieuses données de la méthode empirique ou expérimentale, pourrait répondre aux sophistes qui qualifient la médecine d'art imposteur, de superstition, de chimère. Pour lui assigner un rang et l'entourer de considération, ils lui demandent la certitude! eh! pour être justes, qu'ils enveloppent dans la même proscription toutes les sciences morales et physiques. Les doctrines philosophiques, la chimie, la physique, l'histoire naturelle, combien n'ont-elles pas subi de révolutions? Les législations n'ont-elles pas leurs inconstance, leur vicissitudes: des interprètes qui se contredisent entre eux, et vaudrait-

(1) Arétée, Traitement de la frénésie.

il mieux pour cela vivre sans lois et sans juges ?... De même, la médecine s'est montrée variable dans quelques principes qui étaient en outre sujets à de fausses interprétations et à des applications malheureuses ; mais elle a aussi des dogmes établis comme science, des données positives comme art expérimental. Quiconque est digne de la pratiquer peut, dans quelques occasions obscures ou périlleuses, être inquiété par des doutes, découragé par une idée d'impuissance ; mais le sentiment de l'utilité, du mérite de sa profession ne l'abandonne jamais, et si, par malheur, il lui arrive de s'être trompé sans témérité, de bonne foi il se console avec cette maxime du père de la philosophie, que les Dieux se sont réservés la vérité pour eux seuls, et n'ont accordé aux hommes que les vraisemblances.

Ces réflexions ne paraîtront point déplacées si l'on considère que le médecin expectant, plus que tout autre, a besoin de justifier de sa confiance et de son respect à sa profession.

Après avoir étudié les indications dans les actes spontanés de l'organisme réagissant, venons enfin à la pratique, et indiquons sommairement les circonstances diverses dans lesquelles les médications actives sont interdites, permises ou commandées.

Jusque ici nous avons représenté le médecin laissant agir la nature et se formant à son école. Dans ce rôle d'observateur inactif, il a saisi les conditions où la force vitale se suffisait parfaitement, comme dans la plupart des maladies aiguës sans caractères graves, et il s'est bien promis de ne rien faire en pareil cas. Entendons-nous toutefois ; il faudra sans doute quelque boisson au malade et il sera nécessaire de régler sa conduite hygiénique. La présence du médecin régulariser a les soins, rassurera la famille et maintiendra le calme dans l'ame du patient. Souvent il faudra combattre les velléités qu'il aurait de devenir son propre Esculape, en consultant moins l'instinct que ses souvenirs, ou des théories qui lui viendraient en tête. En outre, le malade n'est jamais seul, et, soit par sympathie ou pour faire preuve de savoir, quelque assistant ne manquerait pas de proposer sa recette ; car l'un des dangers de l'humanité, c'est la présence de la thérapeutique en l'absence du thérapeute attitré. Ainsi, dans les cas de simple expectation, si le médecin a peu de chose à ordonner, il a souvent à interdire.

Le voilà déjà avec le type dans l'esprit des maladies dont la marche et la solution spontanées sont si heureuses, qu'aucun traitement à sa connaissance n'eût mieux opéré. Il a observé dans quelle mesure avait lieu la réaction vitale, il a noté la durée, les périodes sensibles, les produits accidentels, les phénomènes critiques s'il en est survenu. Désormais, tenant compte des circonstances individuelles, toute maladie de même espèce (d'où l'importance du diagnostic), qui s'éloignera sensiblement de ce type, devra donner l'éveil à sa sollicitude et le disposer à agir. Son premier soin sera de rechercher si les mouvemens vitaux, trop énergiques ou trop lents, ont néanmoins une tendance louable, auquel cas il faudra seulement aider la nature en respectant son but final. Par des moyens éprouvés, on ralentit ou l'on active l'organisme réagissant, et l'on appelle la concentration des mouvemens vers le point de solution indiqué par la nature. Tel est le précepte pratique susceptible d'un long développement qui énonce ce que, dans une semblable situation, le médecin doit entreprendre, ne perdant pas de vue qu'il ne s'agit encore que de maladies qui guériraient sans aucun secours, et dont on peut seulement abréger la durée. C'est assez dire que la thérapeutique, sans être entièrement expectante comme dans le premier cas, sera néanmoins réservée et simple.

Mais quand l'observation a signalé dans les maladies une tendance trop souvent fatale, comme dans les fièvres graves en général, les phlegmasies viscérales suraiguës, et toutes les affections de sinistre apparence, il est difficile, sinon condamnable, de rester impassible spectateur. La nature médicatrice, enchaînée, déconcertée, vaincue par la cause du mal, semble frappée d'impuissance ou de délire. Quelle sécurité peuvent inspirer ses efforts ? Le médecin que doit-il faire ? ce qu'un disciple instruit et reconnaissant ferait à l'égard de son maître privé momentanément de raison ou de validité. La nature, son institutrice, s'est laissée surprendre, elle s'est troublée, fourvoyée, elle court à sa perte, le médecin vient à son secours en provoquant d'abord, s'il se peut, les mêmes mouvemens qui, dans de meilleures occasions, s'étaient montrés spontanément salutaires. Pour cela, il se retrace sur-le-champ la marche, les phénomènes critiques, la solution naturelle des maladies semblables qui se sont heureusement terminées. Ensuite il s'attache à provoquer de la nature, pour le moment impuissante, les procédés curatifs qu'elle employait avec tant de bonheur. C'est alors que les évacuans divers, les sédatifs, les excitans, la dérivation, la révulsion, la perturbation, sont autant de moyens dont se sert tour à tour, par imitation, la thérapeutique naturelle. Toutefois, hâtons-nous de le déclarer pour rester fidèles à notre méthode, l'emploi des médications énergiques suppose l'expérience acquise de leur nécessité, ou tout ou moins des bons résultats qu'elles ont souvent produits, autrement mieux vaudrait rester dans l'expectative ; car la nature ne succombe pas sans combattre, et il faut prendre garde de nuire aux efforts désespérés qu'elle tente pour la conservation. Il est assurément bien pénible de voir s'acheminer rapidement vers la tombe un semblable qu'on est appelé à secourir, et, si l'on y réfléchit, on se convaincra que les sympathies du médecin, en présence de la douleur, du danger et du désespoir, ne sont pas sans influence sur sa pratique. Cependant, si l'on en excepte quelques maladies du moral, la thérapeutique ne devrait pas être sentimentale, et mieux vaut au malade que son médecin rapporte les inquiétudes de l'expectation que de recevoir de ses sympathies un remède nuisible ou funeste. Qu'on ne taxe pas cet aperçu de frivolité ; car le tableau de l'homme, luttant contre l'affreuse mort, est bien digne d'émouvoir l'ame et peut mettre le praticien dans une situation telle que son cœur domine sa raison, et l'entraîne au-delà des limites de son expérience.

L'expectation, dans les maladies chroniques, est un parti qu'on ne peut adopter qu'en désespoir de cause. Indépendamment de celles qui réclament des médicamens spécifiques ou spéciaux qui sont en dehors de notre sujet, il est rare que la force vitale n'ait pas besoin d'être aidée. Toutefois l'hygiène promet alors des ressources bien autrement importantes que la matière médicale. S'il n'a pu dévoiler la cause prochaine, le médecin qui parvient à découvrir les causes occasionnelles, les influences pernicieuses, fait le plus grand bien en les éloignant. Il s'informe soigneusement s'il n'y a aucune habitude changée chez son malade; il n'oublie pas non plus les crises qui se lient aux âges, aux saisons; les solutions spontanées qu'on a observées mainte fois, et dont le mécanisme appréciable est susceptible d'imitation, et le précepte si étendu d'opposer le contraire, comme le fait la nature elle-même. Viennent ensuite les médicamens appropriés, mais, quelques exceptions à part, leur efficacité n'est qu'en seconde ligne. C'est à bien tracer l'hygiène dans les maladies chroniques que s'applique et se distingue l'habileté du praticien.

La méthode naturelle de traiter les maladies, dont nous venons d'exposer quelques généralités, est bien loin d'embrasser toute la thérapeutique médicale. Elle en constitue selon nous la plus vraie, la plus sage et la plus utile partie; mais elle a ses limites : car la nature ne donne pas l'imitation de tous ses secrets. Il en est qu'il faut lui arracher, elle ne répond qu'aux provocations qu'on lui adresse et ce n'est plus l'office de la thérapeutique naturelle. Là commence, sous forme d'art expérimental, un autre genre de thérapeutique à laquelle nous devons de bien précieuses découvertes. Toutefois, ne confondons pas l'expérimentation avec l'expérience, car, si elle n'était basée sur celle-ci, que serait la thérapeutique elle-même? un système exclusif comme un autre, qui aurait ses écueils et ses dangers. Il faudrait s'être fait un roman de la nature médicatrice et n'avoir jamais observé de maladies pour croire d'une part que leur tendance est invariablement salutaire, et de l'autre qu'on doit toujours favoriser les mouvemens spontanés de l'organisation. L'observation qui rectifie toutes les opinions n'en souffre point de si exclusives.

Enfin, indépendamment de la thérapeutique naturelle d'imitation des mouvemens curatifs spontanés, et de la thérapeutique simplement expérimentale qui rapproche les phénomènes sans baser ses préceptes sur le besoin de seconder des tendances connues ou supposées de la nature, il est, pour la thérapeutique, une troisième source, séduisante pour tous les esprits curieux, imposante par ses formes vraiment scientifiques, et trop souvent vaine par ses résultats : ce sont les indications tirées de la cause prochaine des maladies. Ici commencerait l'examen et la critique des systèmes de médecine, et nous devons nous arrêter.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

CLINIQUE DE LA FACULTÉ A L'HOTEL-DIEU.

M. Bayle, suppléant de M. Chomel.

Relevé des maladies observées à l'Hôtel-Dieu dans les salles de clinique interne de la Faculté de médecine, pendant les mois de septembre et d'octobre 1835; par M. Vinsot.

Avant d'entreprendre le relevé des malades entrés dans les salles de clinique de la Faculté, depuis le 1er septembre jusqu'au 31 octobre, nous devons dire quelque chose de ceux qui, entrés avant cette époque, étaient encore dans les salles lorsque M. le docteur Bayle fut désigné pour remplacer le docteur Chomel.

Les malades restants étaient au nombre de 18, qui étaient affectés des maladies suivantes :

Phthisies pulmonaires,	3
Pleurésie chronique,	1
Emphysème pulmonaire,	1
Maladies organiques du cœur,	2
Ascite,	1
Variole,	1
Erysipèle,	1
Hypertrophie de la langue avec induration,	1
Angine,	1
Blennorrhagie,	1
Cancer utérin,	1
Hystérie,	1
Colique de plomb,	1
Rhumatismes articulaires,	2
Total,	18

Sur ce nombre de malades, dont quelques-uns ont offert le plus grand intérêt sous le rapport des résultats thérapeutiques, 6 sont morts, 9 sont sortis de l'hôpital dans l'état suivant : 8 parfaitement guéris, 1 avec une notable amélioration; il était affecté d'un rhumatisme articulaire chronique. Enfin, 3 femmes sont restées dans les salles et y sont encore : deux, affectées, l'une d'une phthisie pulmonaire, l'autre d'un cancer utérin, ont été soulagées; la 3e a été guérie d'une hydropisie résultant d'une maladie organique du cœur.

Plusieurs de ces malades méritent de fixer notre attention, quant au traitement que M. Bayle leur a appliqué.

1° *Hydropisie résultant d'une maladie organique du cœur guérie par la digitale.* — Le premier cas qui se présente est celui d'une femme de 66 ans, restant dans la salle Saint-Lazare depuis un an pour une affection organique du cœur, et chez laquelle existait une ascite considérable avec une très-forte infiltration des membres abdominaux. Il existait en outre beaucoup de dyspnée qui rendait la marche très-difficile.

La digitale, qui avait d'abord été employée, n'avait produit que peu de diminution dans l'œdème des membres inférieurs. M. Bayle en augmenta progressivement la dose, et bientôt il en donna xv grains en pilules. Il y joignait des fomentations de décoction de digitale sur le ventre. Il soutenait en même temps les forces par des toniques (vin de quinquina *viij* et *xij* ℥), et après 5 semaines de ce traitement, l'ascite et l'infiltration des jambes s'étaient entièrement dissipées, et, aujourd'hui encore, la malade, qui ne conserve plus que de l'oppression, se regarde comme guérie.

2° *Hypertrophie de la langue avec induration, guérie par l'hydrochlorate d'or.* — Un individu, de 30 et quelques années, qui avait eu, il y a 4 ans, une blennorrhagie, fut admis, vers la fin du mois de mai, à la clinique avec un engorgement considérable de la langue. Différens traitemens furent mis en usage : les mercuriaux d'abord, les antiphlogistiques, les astringens (application d'alun sur la langue, gargarismes aluminés), enfin les chlorures. — Ces moyens procurèrent bien de l'amélioration, mais depuis longtemps l'hypertrophie de la langue, avec induration du côté gauche, paraissait devoir rester stationnaire, et cet organe avait encore beaucoup de volume, lorsque M. Bayle, après s'être informé des différens modes de traitemens employés, mit en usage l'hydrochlorate d'or (1/5 de grain dans du lait, frictions sur la langue avec axonge 3 p., hydrochlorate d'or *j* grain, gargarismes émolliens). Ce moyen réussit au delà de toute espérance, car au bout de quelques jours seulement le volume de la langue était revenu à son état normal, l'induration était dissipée, et le malade put bientôt sortir parfaitement guéri.

3° *Douleurs et écoulement résultant d'un cancer utérin, arrêtés par la belladone.* — Une femme de 54 ans, chez laquelle existait un cancer à la matrice, fut soumise avec beaucoup de succès aux préparations de belladone. Ce médicament, dont M. Bayle fit un si heureux usage dans plusieurs circonstances, comme nous aurons bientôt occasion de le voir, fut porté sans accident à une dose très-élevée en injection dans le vagin (1 ℥ de feuilles en décoction), tandis que quelques grains seulement en lavement produisirent des symptômes de narcotisme. Non-seulement les douleurs, qui ne furent jamais bien aiguës, il est vrai, furent calmées par ce moyen, mais encore l'écoulement qui était abondant fut arrêté.

4° *Rhumatisme articulaire chronique, guéri par l'extrait de datura stramonium.* — Le cas suivant surtout est digne d'observation ; le malade qui en fait le sujet est un jeune homme de 18 ans, charron, d'un tempérament lymphatique, atteint d'un rhumatisme articulaire passé à l'état chronique. Depuis 3 trois, il avait été traité par de fortes saignées d'abord, bains de vapeur, etc. ; tout fut infructueux. La douleur et le gonflement quittaient à peine une articulation qu'une autre se prenait immédiatement. Les articulations du genou, du pied, du poignet, des doigts, avaient déjà été prises plusieurs fois successivement. Le malade se décourageait, cependant l'appétit était considérable ; lorsque M. Bayle, qui déjà plusieurs fois avait eu occasion de reconnaître l'efficacité des préparations de stramonium dans des cas pareils, eut enfin recours à l'extrait de cette plante : 1 pilule de ℞ grain d'extrait fut d'abord prescrite. Le troisième jour le nombre en fut porté à quatre, et la douleur commença à diminuer, mais en même temps l'appétit diminua aussi beaucoup. A cette époque, le malade ne pouvait plus supporter les bains de vapeur. Le sixième jour (5 pilules de demi-grain chaque), les douleurs ont entièrement disparu dans les articulations ; mais l'œdème qui existait aux jambes augmente beaucoup ; en même temps, bouffissure au visage, assoupissemens, dilatation des pupilles, etc. Le huitième jour, l'anasarque devient générale et la respiration est un peu gênée.... Quelques diurétiques sont employés (digitale 1 gr., chiendent nitré ; huile de ricin, une once et demie), avec quelques onces de vin de quinquina, et l'œdème diminue sensiblement. Enfin, le douzième jour, l'œdème avait disparu, l'appétit était revenu et les digestions faciles. La douleur ne s'était plus montrée.

Les six malades qui ont succombé méritent aussi de fixer notre attention.

Le premier est une femme qui était dans les salles depuis plusieurs mois pour une pleurésie chronique. Elle succomba avec tous les symptômes d'un épanchement considérable dans le côté droit de la poitrine, qui présentait à la mensuration près de deux pouces de plus que le côté opposé.

A l'autopsie, on trouva, en effet, un épanchement purulent énorme, qui pouvait être évalué à quatre ou cinq litres au moins. Le poumon de ce côté était revenu sur lui-même : aplati et rapproché du médiastin, il présentait un volume extrêmement petit.

Le second est un jeune homme de dix-huit ans, d'un tempérament scrofuleux, chez lequel on avait diagnostiqué une dilatation des cavités du cœur et une phthisie pulmonaire, car il existait beaucoup de toux.... L'hydropisie était portée au plus haut degré, le ventre avait un volume énorme, ce qui rendait la marche très-difficile, etc. La digitale, à une faible dose il est vrai, n'avait pas produit d'amélioration. Cependant M. Bayle en continua l'emploi, en éleva la dose, et l'employa sous plusieurs formes : à l'extérieur, en décoction sur des compresses appliquées sur le ventre ; à l'intérieur, en poudre et en pilules à la dose de *v* à *xij* gr. ; en même temps des toniques furent administrés (sirop de gentiane de trois à cinq onces dans une décoction de chiendent). Après un mois, sous l'influence de ce traitement, l'hydropisie avait considérablement diminué, le ventre revenait à son volume ordinaire (ce que l'on favorisait encore par la compression avec une ceinture élastique), le malade marchait bien, respirait facilement, l'appétit était bon, lorsqu'un jour, en voulant se lever, il retomba sur son lit et expira.

Cette observation est curieuse en ce que, si une syncope, que rien ne pouvait prévoir ni combattre, n'avait causé la mort, comme il arrive si souvent dans ces

sortes d'affections, on aurait certainement amené la maladie à une guérison sinon durable, au moins momentanée; et ce qui le prouve, c'est qu'à l'autopsie on trouva bien, il est vrai, le cœur dilaté dans toutes ses cavités, mais le poumon et les autres organes étaient parfaitement sains.

Le troisième malade succomba à une ascite qui remontait à une époque éloignée; il était dans un état désespéré. L'œdème des jambes avait causé plusieurs ruptures des tégumens; les douleurs étaient affreuses. L'hydropisie ne pouvait plus faire de progrès. M. Bayle fit la ponction; mais le malade mourut huit jours après en proie à tous les accidens remarqués en pareil cas. Le diagnostic n'avait pas été bien établi qu'après la ponction. L'autopsie montra une maladie du foie qui était réduit à la moitié de son volume; son tissu était dur et consistant, sa surface était recouverte de plaques larges et d'apparence cartilagineuse.

Le quatrième est une jeune femme qui mourut le dixième jour d'une variole confluente. A l'autopsie on trouva une pneumonie droite qui avait accéléré le terme fatal, et qui avait été méconnue pendant la vie. Elle était passée à l'hépatisation grise.

Les deux derniers malades de cette série succombèrent à des phthisies pulmonaires qui ne présentèrent rien de particulier dans leur cours.

Nous arrivons maintenant aux deux mois dont nous avons à rendre compte. Les malades reçus pendant ces deux mois ont été au nombre de 100 : 42 femmes et 58 hommes. Sur ce nombre, les maladies aiguës ont compté 70 cas, et les affections chroniques 30 cas.

Ces maladies sont ainsi réparties :

MALADIES AIGUES.	Nombre.	Guéris.	Morts.
Fièvres typhoïdes	18	15	3
— intermittentes simples	4	4	0
— intermittente pernicieuse	1	1	0
Scarlatines	2	1	1
Varioles	3	2	1
Rougeoles	3	3	0
Erysipèles	6	6	0
Péripneumonies, Pleuropneumonie, Pleurésie	5	3	2
Catarrhes pulmonaires aigus	3	3	0
Angines	1	1	0
Entérites	3	3	0
Gastrite	1	1	0
Ictère	1	1	0
Affections abdominales névralgiques	2	2	0
Métrites et ovarites	3	3	0
Suites de couche	1	1	0
Blennorrhagie	1	1	0
Delirium tremens	1	1	0
Rhumatismes aigus	4	4	0
Sciatique	1	1	0
Céphalalgies	2	2	0
A reporter	66		

	Nombre.	Guéris.	Morts.
Report	66		
Courbatures ou affections légères	4	4	0
Total	70		
MALADIES CHRONIQUES.			
Hémorrhagie cérébrale	1	0	1
Congestion cérébrale	1	1	0
Chorée	1	1	0
Epilepsie	1	0	0
Folie	1	0	0
Phthisie pulmonaire	2	0	0
Catarrhes pulm. chron.	2	0	0
Hémoptysie	1	1	0
Maladies organiques de cœur	2	0	2
Gastro-entérite chron.	1	1	0
Pyrosis	1	1	0
Dysentérie	1	1	0
Coliques de plomb	8	8	0
Colique végétale	1	1	0
Chlorose	1	1	0
Hystérie	1	1	0
Rhumat. chroniques	3	3	0
Sciatique chronique	1	1	0
Total	30		

Maladies aiguës. — Ces deux mois sont riches en faits intéressans. Les fièvres typhoïdes ont été au nombre de 18. Elles n'ont dû leur origine, pour la plupart, à aucune cause déterminante appréciable. Les malades, qui étaient tous de la classe ouvrière, habitaient presque tous Paris depuis peu de temps, 1 mois à 24 mois; un, depuis 2 jours; quelques-uns seulement, depuis plusieurs années. Aucun n'était âgé de plus de 30 ans; six avaient de 15 à 20 ans; douze de 20 à 30 ans. Il y avait huit femmes et dix hommes; presque tous étaient d'une

constitution faible ou médiocrement forte, un seul était d'une constitution athlétique. Ils ont été pris d'une manière plus ou moins subite de frissons et de sueurs alternatifs, de lassitudes spontanées, d'anorexie, etc. Quelques-uns ont continué à travailler pendant plusieurs jours dans un état d'inquiétude, de malaise; d'autres ont éprouvé dès le début une faiblesse qui les a forcés de garder le lit. Presque tous ceux qui ont éprouvé des symptômes adynamiques ont eu une ou plusieurs hémorrhagies nasales. Tous étaient malades déjà depuis plusieurs jours, lorsqu'ils sont entrés à l'Hôtel-Dieu. Deux surtout n'ont été apportés qu'au vingtième jour dans l'état d'adynamie le plus complet. Plusieurs avaient déjà été saignés, ou avaient eu une application de sangsues. Ils présentaient en général, à leur arrivée, les symptômes suivans : rougeur plus ou moins vive de la langue, avec un enduit blanchâtre ou jaunâtre, visqueux; chez quelques-uns elle était sèche ou avait beaucoup de tendance à le devenir, elle fut parfois fuligineuse; sensibilité plus ou moins vive à l'ombilic, mais surtout dans la fosse iliaque droite; presque constamment gargouillement dans cette région, le plus souvent diarrhée, rarement constipation, le plus souvent aussi chaleur sèche à la peau. Mais les symptômes prédominans étaient la céphalagie et l'insomnie; chez la moitié au moins, il y avait dès le début des symptômes de congestion pulmonaire ou même d'un catarrhe plus ou moins intense.

Une seule fièvre typhoïde grave se présente avec des symptômes ataxiques. C'est un jeune homme de 22 ans, plombier, entré à la clinique le 8 septembre, malade depuis quatre jours. Le lendemain de son entrée, délire violent qui nécessite la camisole de force, céphalagie intense, face rouge, pouls fort et fréquent, prononciation difficile, langue rouge sur les bords, dents et lèvres fuligineuses, ventre tendu, déjections involontaires de matières fécales; une saignée est pratiquée, mais elle produit peu d'effet. Le troisième jour, un bain procure une sensible amélioration et calme le délire; les bains sont continués, et le mieux devient progressif; le sommeil est bon, la peau plus fraîche, le pouls moins fréquent, 88 pulsations. Le douzième jour l'état du malade est stationnaire, les forces ne reviennent pas; chaque soir, la peau devient plus chaude et le pouls s'accélère; la langue, toujours rouge et fendillée, s'humecte peu. Les toniques sont prescrits (infusion de menthe, vin de quinquina iv ℥, vin de Malaga iv ℥, bouillon), et bientôt le malade entre en convalescence. Celle-ci fut accompagnée d'une *légère hématurie*, de difficultés dans l'excrétion des urines, avec dépôt *considérable de matière blanche*. Le quarantième jour le malade sort parfaitement guéri.

A l'entrée des fiévreux, M. Bayle les mettait à la diète, leur prescrivait des boissons adoucissantes, des lavemens émolliens et narcotiques, et des fomentations. En général, très-avare des saignées générales, il faisait appliquer des sangsues sur l'abdomen, si les signes de l'irritation intestinale étaient très-prononcés, et à l'anus, si la diarrhée était forte. Mais il avait bien soin de distinguer les cas où les phénomènes adynamiques prédominaient. Dans ce cas, le traitement était éminemment tonique, et les résultats obtenus par ce mode de traitement sont bien propres à montrer son excellence dans cette forme de l'affection typhoïde. Aussi nous allons citer un peu au long les exemples les plus remarquables, pour appuyer ce que nous avançons :

1° *Fièvre typhoïde adynamique, avec selles copieuses de sang, guérie par les toniques.* — Un jeune homme de vingt-trois ans, menuisier, fut apporté le 17 septembre à l'Hôtel-Dieu, et couché au n° 33 de la salle Sainte-Madeleine. Il était dans l'état suivant : amaigrissement considérable faisant soupçonner que la maladie datait déjà depuis quelque temps; face pâle, teint terreux; stupeur et abattement; cris continuels; résolution complète des forces, adynamie des plus prononcées; ouïe abolie; impossibilité de répondre aux questions; délire; perte complète de la mémoire; lèvres, dents et langue couvertes d'un enduit noir, épais, fuligineux; ventre très-douloureux; taches typhoïdes nombreuses sur l'abdomen et la partie inférieure de la poitrine; déjections involontaires de matières liquides, *sanguinolentes*; pouls très-faible, petit, très-fréquent; insomnie; peau rude, sèche (bain, vin de quinquina *iv* ℥; vin de Malaga *iv* ℥; lavement avec décoction de quinquina *ß* ℥).

Le 18, selles involontaires, *sanguinolentes, ou plutôt de sang noir, épais et coagulé* en grande quantité (même traitement; infusion de menthe, lavement avec décoction de quinquina et de rathania, aa demi-gr.).

Le 20, pouls à peine sensible, adynamie extrême, assoupissement continuel, selles sanguinolentes moins abondantes; la langue se nettoie, le délire diminue (vin de Malaga, vin de quinquina, aa *vi* ℥; lavement avec quinquina et rathania, aa ℥ *j*.)

Le 21, la langue est humectée, les dents moins fuligineuses: une selle sanguinolente seulement; le pouls se relève, surtout le soir; il y a un peu de sommeil (même traitement, 3 pilules d'opium de demi-gr. aa.)

Le 25, la figure commence à s'animer, la langue est nette; deux ou trois selles par jour, liquides, mais naturelles. Le malade peut se mettre lui-même sur le bassin. (Bouillon.)

27-29. Le malade demande continuellement à manger, les forces reviennent. (Une crême de riz, bouillon, même traitement.)

30 sept.-4 oct. Amélioration progressive : l'appétit est bon, les digestions faciles, les selles régulières, le sommeil calme et long. (Vin de Malaga, viij ℥; vin de quinquina, vj ℥; infusion de mélisse; le quart de l'alimentation.)

8-15. Les forces reviennent avec une rapidité surprenante, la convalescence avance vers son terme; la guérison est parfaite le 20.

2° *Fièvre typhoïde avec adynamie guérie par les toniques.* — Un autre malade, Allemand, 20 ans, fut apporté le dix-neuvième jour de sa maladie dans l'état suivant : accablement considérable, immobilité complète des traits, teint livide, yeux ternes, surdité, lèvres sèches, dents fuligineuses, langue rude, brune;

taches typhoïdes sur l'abdomen, constipation (beaucoup de diarrhée avait existé avant), somnolence, pouls petit, à peine quatre-vingt-cinq pulsations; soubresauts presque continuels des tendons; émission involontaire de l'urine, rêvasseries, décubitus dorsal. (Infusion de menthe; vin de quinquina, iv ℥; vin de Malaga, iv ℥.)

Le 7, la langue se nettoie, s'humecte un peu; persistance de la constipation, éruption de petits furoncles sur les fesses. (Même traitement, calomel en trois prises xx. gr.)

Le 8, pouls plus résistant, moins de soubresauts des tendons; les dents sont encore fuligineuses, aucune selle n'a eu lieu. (Lavement purgatif, calomel, xxjv gr.) Trois selles copieuses; le malade a lui-même demandé le bassin.

Le 11, la figure prend de l'expression; la langue se nettoie; deux selles par jour, consistantes.

13-14. Le mieux se maintient; appétit, sommeil; plus des soubresauts des tendons.

Le soir, un peu d'accélération dans le pouls. (Même traitement, vin de Malaga viij ℥; eau de Seltz; lavement émollient.)

15-18. Peau fraîche, pas de fréquence dans le pouls; décubitus facile sur tous les côtés.

20. Apparition sur le cou et sur les fesses de plusieurs abcès contenant beaucoup de pus.

25-30. La convalescence se continue sans accident, le malade est bientôt en état de sortir.

3° *Fièvre typhoïde.* —Une jeune fille de dix-neuf ans, sortant à peine de la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, à la suite de laquelle elle conservait de la diarrhée, fut reçue le 14 septembre, se plaignant de très-fortes douleurs de reins; mais il existait beaucoup de fièvre et de céphalalgie. (Vingt sangsues à l'anus, orge édulcoré, lavement de décoction de lin et de pavot; diète.)

Du 15 au 18, la fièvre est continue; la peau chaude, sèche; la figure très-colorée, la langue collante, les dents et lèvres sèches; beaucoup de dévoiement, la faiblesse très-grande. (Bain, opium, β gr).

Le 21, beaucoup d'affaissement, réponses tardives, difficiles, agitation et délire; pouls petit, extrêmement fréquent; langue rouge, visqueuse. (Infusion de menthe, vin de Malaga, iij ℥)

Du 21 au 30, l'état de la malade reste à peu près stationnaire, seulement la toux est très-fréquente et très-douloureuse. Tous les soirs la fièvre est plus forte. (Infusion de mélisse, eau de Seltz, looch; Malaga, jv ℥; deux demi-lavemens.)

Du 1er au 6 octobre, le pouls prend plus de force, un peu de délire pendant la nuit, peu de sommeil, beaucoup de surdité, langue plus humectée, un peu de diminution du dévoiement. (Lavement avec décoction de rathania, ij ℥; même traitement.)

Le 8, le mieux se soutient depuis hier; la figure prend plus d'expression.

Le 10, la malade se trouve plus forte et peut se tenir une heure dans un fauteuil; la convalescence est annoncée par une diarrhée très-abondante.

Du 12 au 17, amélioration progressive, pas de fièvre, sommeil long et calme; dépôt blanc très-abondant dans l'urine dont l'émission est douloureuse. (Le huitième de l'alimentation.)

25-30. Le mieux a toujours été en augmentant, l'appétit est très-bon, les digestions faciles; l'écoulement purulent de l'oreille ne diminue pas; il ne cause aucune douleur.

4° *Fièvre typhoïde adynamique guérie par l'éther phosphorique.*—Le cas que nous allons maintenant rapporter montrera combien l'éther phosphorique, que jusqu'à ce jour on a si peu employé à cause de sa trop grande énergie, a été efficace et suivi de succès.

Un jeune malade, apporté au quinzième jour de sa maladie, était dans un état de faiblesse et d'affaissement considérables. Pendant quatorze jours il reste dans un état stationnaire; face pâle, stupeur, assoupissement continuel, délire; pouls très-petit, très-fréquent et quelquefois à peine sensible; toux très-forte, affection catarrhale assez étendue; ventre sonore, tendu, couvert de sudamina, etc. L'infusion de mélisse, le vin de Malaga (iij ℥), deux vésicatoires aux cuisses, deux sangsues derrière chaque oreille, deux sinapismes aux jambes soir et matin, ne produisent qu'une excitation momentanée. La prostration est extrême; alors M. Bayle, en dernier ressort, prescrit de l'éther phosphorique (x gtt. à prendre en trois fois dans la journée dans une cuillerée d'eau sucrée). Sous l'influence de cet agent énergique, le pouls se relève, l'excitation se maintient, et le malade devient attentif à ce qui se passe autour de lui. Dix gouttes sont continuées pendant plusieurs jours, et cet enfant, qui est encore dans les salles, est bientôt ramené à un état très-satisfaisant, et il est aujourd'hui en pleine convalescence.

Nous pourrions encore citer deux cas où les toniques eurent une efficacité très-marquée, particulièrement chez une jeune femme de 23 ans, couchée au n° 7 de la salle Saint-Lazare, entrée au huitième jour de sa maladie, et prise presque aussitôt de délire, avec agitation, plaintes continuelles, insomnie, langue sèche, rude, douleurs fortes dans toute l'étendue de l'abdomen. (Quinze sangsues, deux pilules d'opium, aa demi-gr., cataplasmes; deux lavemens de lin et de pavot.) Le cinquième jour, figure fortement colorée, d'un rouge violet; stupeur, assoupissement, délire; pouls faible, peu fréquent; douleurs abdominales violentes, urines rares et difficiles. (Vin de Malaga, iij ℥; vin de quinquina, ijj ℥, bain.) Le huitième jour, peu de fièvre, pas de fréquence dans le pouls, pas de chaleur à la peau; langue humectée, ventre beaucoup moins douloureux, sommeil calme. (Vin de quinquina, v ℥; vin de Malaga, vj ℥; infusion de mélisse.) Le douzième jour, il y a encore un peu de faiblesse, mais l'appétit est bon, et le mieux va croissant. Le dix-septième jour la malade se trouve très-bien et veut sortir.

Après avoir rapporté les cas de fièvres typhoïdes où les toniques eurent un succès même inespéré dans deux cas, nous devons parler de ceux où ils furent infructueux, mais plutôt par les accidens qui survinrent dans

le cours de la maladie que par leur inefficacité, au moins dans deux cas sur lesquels nous allons dire quelques mots.

Une femme de 30 ans, malade depuis dix jours, tomba dans l'adynamie le troisième jour de son entrée : stupeur, figure couverte de sueur, beaucoup d'affaissement, délire, langue sèche et brune, dents fuligineuses, aphonie, ballonnement du ventre, constipation ; pouls petit, très-faible, très-fréquent; peau sèche, âcre. (Vin de Malaga, v ℥ ; vin de quinquina, v ℥ ; infusion de mélisse.) Le quatrième jour, la déglutition devient impossible, et les boissons ne peuvent être avalées; mort vers le soir.

A l'autopsie, vastes et profondes ulcérations dans toute la partie inférieure.

Un Allemand d'une force athlétique, arrivé depuis trois jours à Paris, entre à la clinique le 24 septembre avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde. (Saignée de xvj ℥, orge édulcorée, lavement de lin et de pavot.) Dès le lendemain, affaissement, immobilité dans le lit, langue sèche, lèvres et dents fuligineuses, ventre tendu, deux ou trois selles liquides. Le cinquième jour, même état. (Vin de quinquina, jv ℥, vin de Malaga, iv ℥ ; infusion de menthe.) Le quinzième jour, deux épistaxis très-abondantes ; langue nette, humectée ; un peu d'appétit, moins d'assoupissement, le pouls conserve sa force. (Vin de quinquina, x ℥; vin de Malaga, viij ℥; 2 soupes.) Du quinzième au trentième jour, état stationnaire ; un érysipèle à la face paraît devoir être critique ; quelques vomissemens bilieux l'accompagnent; le pouls est fort et sans fréquence ; mais l'immobilité des traits est toujours la même ; l'affaissement persiste ; l'amaigrissement cependant ne fait pas de progrès. M. Bayle le laissa dans cet état lorsqu'il rendit le service à M. le professeur Chomel.

Ce malade, quoique les toniques lui fussent continués, mourut quinze jours après ; de vastes escharres s'étaient formées sur le sacrum, et l'amaigrissement avait fait de rapides progrès. A l'autopsie, on trouva un grand nombre d'ulcérations dans l'extrémité inférieure de l'iléon, en partie cicatrisées.

Il est évident que chez ce malade, la fièvre typhoïde n'amena pas cette terminaison funeste et que la nostalgie y contribua beaucoup. En effet, pendant toute sa maladie, on observa chez lui beaucoup de tristesse et d'abattement moral, et bien que pendant plusieurs jours il y eut beaucoup de mieux, sa figure ne prit jamais aucune expression de gaîté ni d'espérance.

Il n'en est pas de même d'un troisième malade qui eut au début d'abondantes hémorrhagies nasales, et chez lequel les phénomènes adynamiques devinrent extrêmement prononcés le cinquième jour de son entrée : insomnie, rêvasseries, immobilité des traits, pâleur de la face ; enduit fuligineux épais sur les dents ; langue sèche, rude ; aphonie, ballonnement du ventre, beaucoup de dévoiement, déjections involontaires des matières fécales (vin de Malaga iv ℥ ; vin de quinquina iv ℥ : cataplasme, bain). Le huitième jour, plaintes continuelles, beaucoup de délire et de cris, escharre sur le grand trochanter du côté droit. Le douzième jour, éruption de taches nombreuses sur le ventre, trois ou quatre déjections involontaires de matières fécales par jour (vin de Malaga *viij* ℥ ; vin de quinquina *vijj* ℥ ; vin de Bordeaux, 1 tasse ; lavement avec décoction de quinquina demi ℥ ; laudanum *vijj* gt.). Le seizième jour, éruption morbilleuse sur tout le corps, plus abondante sur les bras et la poitrine. Le vingtième jour, pouls extrêmement petit, à peine sensible. Le vingt-unième jour, mort.

Quant au dernier cas d'insuccès que nous avons à rapporter, le malade étant entré à la clinique le 28 octobre, après onze jours de séjour chez lui, dans l'état d'adynamie le plus complet, et M. Bayle n'ayant pu lui donner des soins que pendant quatre jours, nous dirons seulement qu'il succomba quinze jours après.

Nous ne devons pas passer sous silence une femme qui mourut par suite d'un accident imprévu. — Elle était au huitième jour de sa maladie lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu. D'abord les symptômes d'affection typhoïde furent inaperçus, l'attention se tournant vers la poitrine. En effet, la toux était forte, fréquente et douloureuse ; la bronchite générale avec du râle muqueux dans presque toute l'étendue de la poitrine en arrière et du râle sibilant en avant. Cependant la céphalalgie était intense ; avec délire, insomnie, dévoiement considérable, etc. Une saignée et vingt-cinq sangsues à l'épigastre n'ont pas calmé les douleurs ; les bains, les cataplasmes, l'opium (1 gr.) soulagent momentanément. Le sixième jour, la malade paraît mieux ; le dévoiement qui avait cessé a reparu, le pouls est toujours très-fréquent. Le soir, au sortir du bain, frissons suivis de fortes coliques et de délire. Le lendemain, face pâle, souffrante ; ventre excessivement douloureux, dur, *sans tympanite ;* la plus légère pression est insupportable et arrache des cris ; pouls petit, concentré, cent quarante-quatre pulsations ; aspect plombé et grippé de la face, œil fixe ; enfin, tous les symptômes d'une violente péritonite existent au plus haut degré. La malade meurt le soir.

A l'autopsie, ulcérations profondes sur les plaques isolées, dans l'étendue de deux pieds et demi de l'extrémité inférieure de l'iléon, quelques-unes sur les plaques agglomérées ; à deux pieds environ de la valvule iléo-cœcale ; au milieu d'une plaque ulcérée, perforation arrondie d'une ligne et demie de diamètre.

Dans ce cas, à l'exemple du professeur Chomel, qui donna trente grains d'opium en vingt-quatre heures dans un cas semblable, et qui fut assez heureux pour sauver son malade, M. le docteur Bayle prescrivit de l'opium à haute dose et le repos le plus parfait. Mais la malade avait à peine pris le quatrième grain qu'elle succomba.

Les autres fièvres typhoïdes, qui furent moins graves, dont quelques-unes même furent légères, ne présentèrent, dans leur marche, leurs symptômes et leur traitement, rien qui mérite de nous arrêter plus longtemps.

Fièvres intermittentes. — Elles ont été au nombre de quatre, toutes quotidiennes. Deux étaient assez récen-

tes ; l'une existait dans la convalescence d'une variole, l'autre chez un ancien militaire. La troisième qui durait déjà depuis plusieurs semaines, et qui avait résisté à plusieurs médications, céda comme les autres au sulfate de quinine et de plus à plusieurs purgatifs. Ce médicament fut donné à la dose de *xij* à *xvijj* gr. en deux ou trois prises dans chaque apyrexie. On ne diminua la dose que lorsque deux accès avaient entièrement cessé, et on le continua quatre ou cinq jours après. Le quatrième cas n'était pas simple, il existait avec une affection intestinale chronique ; le sulfate de quinine diminua la durée de l'accès, mais ne le supprima pas entièrement.

Fièvre intermittente pernicieuse, guérie par le sulfate de quinine à haute dose. — Cette fièvre intermittente pernicieuse présente dans sa marche et ses symptômes plusieurs circonstances qui méritent d'être citées. Le sujet est un vannier, âgé de trente-huit ans ; il était malade depuis cinq jours, lorsqu'il fut reçu à la Clinique le 21 octobre. A la visite, il était dans l'état suivant : plaintes et cris presque continuels, perte complète de la connaissance, dilatation des pupilles, yeux tournés en haut, fuyant la lumière ; clignotement, sensibilité exagérée du front, notablement diminuée dans les autres parties, résolution des membres, pas de raideur, soubresauts des tendons, grincement des dents, mouvemens précipités de rotation de la tête, pouls très-petit, très-fréquent, parfois irrégulier ; langue sèche, directe. (Saignée du bras). Mais immédiatement après les symptômes augmentent encore d'une manière extrêmement notable : la respiration devient précipitée, parfois stertoreuse ; la déglutition impossible. (20 sangsues derrière chaque oreille, glace sur la tête.) Le soir, rémission qui dure une partie de la nuit, intelligence et sensibilité redevenues normales. Le lendemain sans frissons précurseurs appréciables, même état que la veille. M. Bayle, qui a eu occasion de voir dans sa pratique un grand nombre de cas de cette nature, soupçonne, sur quelques données seulement, *une fièvre intermittente pernicieuse.* Cependant il prescrit encore quarante sangsues et de la glace sur la tête, en recommandant toutefois, si la rémission avait encore lieu, de donner le sulfate de quinine à haute dose. Après la visite, le malade est pris d'une agitation excessive, d'un délire violent qui va jusqu'à la fureur et qui dure au moins sept heures. Cependant les symptômes alarmans se calment et la rémission commence. Alors le sulfate de quinine est donné en lavement (*xxxvi* gr., laudanum *xij* gr.) et par la bouche (*xij* gr.). Le lendemain, point d'accès, seulement forte céphalalgie qui se dissipe après quelques heures de sommeil. (*xxx* gr. sulfate de quinine, en cinq prises dans le courant de la journée). Le surlendemain, pesanteur de tête sans céphalalgie. Enfin, le sulfate est encore continué à la dose de *xxjv* à *xij* gr. pendant six jours et les accès ne reparaissent pas. Ce malade est aujourd'hui infirmier dans la salle.

Fièvres éruptives. — Ces fièvres ont été au nombre de sept ; deux scarlatines, une variole, une varioloïde, trois rougeoles. Deux de ces maladies ont été mortelles : une scarlatine et une variole.

Le jeune homme atteint de la scarlatine était un maçon de vingt ans, qui entra le 1er septembre avec tous les symptômes d'une affection typhoïde ; mais le deuxième jour de son entrée, la scarlatine se déclare et se montre avec un appareil de symptômes extrêmement grave : délire, violente agitation que ne peuvent calmer ni les sangsues aux jugulaires ni les sinapismes aux jambes ; le troisième jour le malade succombe. — L'état très-avancé de la putréfaction, quarante heures après la mort, ne permet pas de faire l'autopsie.

La seconde scarlatine ne présenta pas le même degré de gravité ; le symptôme prédominant était une angine qui fut combattue par une application de sangsues et les émolliens.

La variole fut extrêmement confluente : elle fut observée chez un jeune homme de dix-huit ans qui mourut quelques jours après que M. Bayle eut quitté le service.

Les trois rougeoles et la varioloïde ont été bénignes et ont suivi une marche très-régulière ; la diète et les boissons délayantes ont été les seuls moyens de traitement. Une de ces rougeoles se termina brusquement par une épistaxis abondante. Chez deux malades de l'huile de ricin fut donnée pendant la convalescence.

Nous avons une série *de six érysipèles* de la face. Aucun ne fut de mauvaise nature et ne présenta des phénomènes bilieux bien prononcés. Trois nécessitèrent l'emploi de la saignée, un seul était traumatique et s'étendait au cuir chevelu. Ils furent tous traités par les boissons émollientes, les lotions de sureau et quelques purgatifs. Leur durée fut de six à neuf jours.

Pneumonies et Pleuropneumonies. — Des cinq malades affectés de pneumonies, pleuropneumonies et pleurésie, deux sont morts, deux ont été guéris de leur pneumonie ; mais des cavernes existant préalablement, ils sont encore dans les salles au moment où nous écrivons. Le cinquième fut guéri de sa pleurésie commençante, par une application de trente sangsues et par une saignée du bras. Les deux, péripneumonique et pleuropneumonique, qui sont morts, étaient :

1° Une blanchisseuse de 22 ans, entrée, pour une pleurodynie qui existait déjà depuis huit jours, le 8 septembre. Une application de 40 sangsues ayant enlevé la douleur, il succéda une pleuropneumonie du même côté, c'est-à-dire à droite ; mais dans ce cas, les saignées ayant été sans résultat, le tartre stibié fut employé. La résolution commençait à s'opérer dans ce côté, sous l'influence des vésicatoires et des ventouses scarifiées, lorsqu'une nouvelle pleurodynie, suivie aussi d'une pleuropneumonie, survint encore dans le côté gauche. Mais, comme la première fois, elle ne fut plus combattue par les émissions sanguines, la malade étant considérablement affaiblie. Du tartre stibié (x gr. infusion de tilleul, v ℥ ; sirop diacode ℥ ; .) fut prescrit, mais il produisit de nombreux vomissemens. Alors, en auscultant la poitrine, on entendit au sommet du poumon droit *de la pectoriloquie, du râle ca-*

verneux et du gargouillement. En effet, tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire survinrent: crachats muqueux opaques, amaigrissement, fièvre hectique, insomnie, dyspnée, etc., et le 28 octobre, le cinquantième jour après son entrée, et le cinquante-huitième jour après l'invasion, la malade succomba.

A l'autopsie, on découvrit 1° Dans le côté droit : épanchement purulent peu abondant; adhérences excessivement fortes au sommet du poumon; vaste caverne dans ce même sommet, remplie de pus et séparée seulement des côtes par la plèvre épaissie et de fausses membranes; le reste du poumon passé dans sa partie postérieure à l'hépatisation grise, sain dans sa partie antérieure ; 2° dans le poumon gauche : traces d'inflammation à plusieurs degrés dans presque toute son étendue, avec de petits foyers purulens en grand nombre ; 3° glandes bronchiques gonflées et ramollies.

2° Un maçon de 23 ans, malade depuis six jours, fut pris le jour même de son entrée à la Clinique d'un délire furieux. Matité dans toute la partie postérieure droite ; absence de la respiration et bronchophonie (saignée de trois palettes, vingt-cinq sangsues sur le coté). Malgré les émissions sanguines, la matité s'étant encore étendue et beaucoup d'abattement étant survenu, xij gr. de tartre stibié furent prescrits le lendemain ; mais à peine en avait-il pris quelques cuillerées que le malade expira le lendemain de son entrée. Il présentait en outre quelques symptômes d'affection typhoïde.

A l'autopsie : *poumon droit* avec fausses membranes, anciennes, solides, très-adhérentes ; toute la partie postérieure rouge, hépatisée, sans trace de suppuration ; hépatisation au deuxième degré jusqu'au sommet ; partie antérieure dans l'état à peu près normal : *poumon gauche* sain, avec des adhérences intimes et de l'engouement ; *abdomen* sans altération ; *rate* ramollie ; *cerveau*, tous les caractères d'une forte congestion, vaisseaux gorgés de sang, piqueté très-manifeste dans la substance cérébrale.

Les deux malades qui ont été guéris ont tous deux présenté des symptômes graves : crachats visqueux et sanglans pendant plusieurs jours, râle crépitant, matité du son, respiration bronchique, égophonie et tous deux de la pectoriloquie au sommet du poumon droit. M. Bayle commença le traitement par plusieurs saignées : chez la femme (numéro six), deux saignées et deux applications de sangsues ; chez l'homme (numéro seize), quatre saignées. Mais ces émissions sanguines n'ayant pas produit une amélioration bien notable, le tartre stibié fut donné deux fois à haute dose (viij à xij gr. infusion d'oranger v ℥). Chez un de ces malades, qui conservait dans le pouls une fréquence très-grande, cent vingt pulsations au moins, on donna des pilules de digitale (10 de demi-gr. aa) pour la combattre, et bientôt les pulsations descendirent à quatre-vingt.

Bronchites. — Des trois bronchites, une seule fut très-intense; elle fut combattue avec succès par les fumigations de décoction de belladone et de mauve, et une application d'emplâtre de poix de Bourgogne entre les deux épaules.

L'angine céda à une application de trente sangsues.

La gastrite, suite de l'ingestion dans l'estomac d'acide sulfurique très-affaibli, céda à des applications de sangsues et à la diète.

Des trois entérites, deux furent guéries en quelques jours, par une application de vingt-cinq sangsues. L'autre, qui provenait de l'usage intempestif des purgatifs, céda aux boissons et aux fomentations émollientes.

L'ictère, développé sous l'influence d'une vive inquiétude, fut traité par l'huile de ricin et les pilules savonneuses.

Les deux affections abdominales névralgiformes, dont l'une surtout était extrêmement douloureuse et était accompagnée de délire, cédèrent aux frictions avec la pommade d'extrait de belladone et de stramonium (aa ʒj ; axonge ℥ j).

Sur trois métrites ou ovarites, deux furent guéries par deux applications de vingt-cinq sangsues chaque. L'une, suite de couches, était accompagnée de beaucoup de dévoiement, l'autre de métrorrhagie. La troisième ne céda pas aussi facilement; mais il est probable que chez cette malade, il y avait plus qu'une simple ovarite. En effet, les douleurs étaient excessivement fortes, avaient le caractère lancinant ; la malade avait la sensation d'un corps pesant dans le bassin, marchait courbée, car les douleurs s'étendaient jusque dans les reins et les cuisses ; les urines étaient difficiles, beaucoup de constipation existait. Plusieurs applications de sangsues à l'hypogastre soulagèrent momentanément, mais le mal ne faisait aucun pas vers la guérison. Enfin, les bains et l'opium ne calmant les douleurs que pour quelques heures, M. Bayle, à qui la belladone avait déjà réussi en tant d'occasions, prescrivit : injections dans le vagin de décoction de belladone et de datura stramonium ; fomentation de même nature sur l'hypogastre ; friction avec la pommade d'extrait de stramonium et de belladone. Au bout de quelques jours, les douleurs étaient entièrement calmées, et la malade se sentant mieux, mais n'étant pas guérie, voulut sortir. Elle fut en outre prise pendant sa maladie d'une fièvre intermittente, qui céda au sulfate de quinine.

Les rhumatismes articulaires aigus ont été au nombre de quatre ; tous ont été très-intenses et ont parcouru successivement presque toutes les articulations. M. Bayle les combattit avec succès par l'opium à haute dose, même dans la période inflammatoire la plus aiguë.

1° *Rhumatisme articulaire aigu, guéri par l'opium en trois jours.* —Une femme de 34 ans, cuisinière, était au septième jour d'un rhumatisme articulaire lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu ; déjà il avait passé du poignet aux articulations du genou et du pied ; les douleurs étaient excessives, impossibilité absolue de faire aucun mouvement, peu de gonflement, mais beaucoup de chaleur (trois pilules d'opium d'un grain chaque, tisane d'orge, cataplasmes). Dès le lendemain, les douleurs étaient calmées, une sueur abondante avait eu lieu. Le troisième et quatrième jours, la douleur et le gonflement se dissipèrent entièrement sous l'influence de ij à ijj gr. d'o-

pium en vingt-quatre heures, et, au bout de quelques jours, la guérison était parfaite et la malade voulut sortir.

2° *Rhumatisme articulaire aigu, compliquée d'une angine et d'une pleurésie, guéri en quinze jours.*—L'autre rhumatisme existait chez une jeune fille de vingt ans, marchande des quatre saisons. Elle était malade depuis quatre jours, à son entrée à l'Hôtel-Dieu. Chez cette malade, une angine et une pleurésie vinrent s'ajouter comme complications : la première, le deuxième jour, fut combattue par une application de sangsues; la deuxième, le douzième jour, fut enlevée par deux saignées. Le rhumatisme, qui parcourut successivement toutes les articulations depuis celles des épaules jusqu'à celles des doigts, fut traité par l'opium à une dose plus élevée (v à vi gr. en vingt-quatre heures). Le quinzième jour, il n'existait plus dans les articulations ni douleur ni gonflement.

Les deux autres rhumatismes furent observés chez les hommes. Ils furent aussi traités par l'opium, à la dose de v à vi gr. Les résultats obtenus furent moins prompts que dans les deux cas précédens. Cependant l'amélioration ne se fit pas longtemps attendre, et elle fut sensible dès les premiers jours.

Névralgie sciatique guérie par les frictions de pommade de belladone. — Une sciatique, causée par une chute, chez une vieille femme de soixante-six ans, fut guérie en trente-cinq jours par les frictions de pommade d'extrait de belladone et de stramonium.

Des deux céphalalgies, l'une fut dissipée en quelques jours, par les frictions avec la même pommade.

MALADIES CHRONIQUES.

Affections cérébrales chroniques. — Les maladies que nous rangeons sous ce titre, sont : une hémorrhagie cérébrale, une congestion cérébrale, une chorée, une épilepsie et une folie.

1° La première fut observée chez un journalier, de soixante-cinq ans, frappé d'apoplexie au moment où il venait de déposer à terre un lourd fardeau. Il fut apporté à l'Hôtel-Dieu, avec hémiplégie du côté droit, insensibilité, raideur des membres, déviation de la bouche, prononciation impossible, intelligence assez intacte, etc. Une large saignée avait été pratiquée aussitôt après l'accident. A son admission à la Clinique, nouvelle saignée, lavemens purgatifs. Mais tout fut sans résultat, et la mort arriva le septième jour après l'accident.

Dans l'hémisphère gauche, au-dessous du corps calleux, plus près du côté externe que du côté interne, *vaste épanchement de sang*, pouvant loger un œuf de poule, n'occupant que la partie externe du corps strié, mais se prolongeant dans son intérieur par un trajet assez étroit et allant en se rétrécissant jusqu'à quelques lignes des ventricules où il se termine.

2° *Congestion cérébrale.* — La seconde maladie cérébrale est une congestion que l'on pourrait appeler de *nature rhumatismale*, qui mérite de fixer l'attention sous quelques rapports. L'individu qui en est atteint est un maçon de trente-huit ans. Pris au milieu de son travail d'un étourdissement violent qui le fit chanceler, il put travailler encore quelques instants et revenir chez lui en *trébuchant* et comme ivre. Il mangea et eut une indigestion; depuis, hémicranie droite, chute des cheveux de ce côté, ouïe plus dure, odorat moins intact à droite, prononciation plus difficile; pendant la déglutition, sensation d'un corps étranger à la droite du pharynx; sensibilité émoussée, ainsi que la force dans le bras droit; douleur et refroidissement continuel dans la partie inférieure de la jambe droite : dans la jambe gauche au contraire, fourmillemens et sensation de brûlure interne, quoique la température soit plus basse au toucher; douleur à la partie postérieure, s'étendant depuis la fesse jusqu'aux orteils. La marche est assez facile, mais seulement sur un plan très-uni. Après un mois de séjour chez lui, le malade est reçu à la Clinique. (Saignée, médecine noire.) Plusieurs de ces médecines de suite dégagent la tête et font disparaître les symptômes cérébraux; mais les douleurs des jambes restent les mêmes. Les bains de vapeurs produisent un mieux sensible; dix jours après, le malade peut marcher plus longtemps sans se fatiguer; mais il traîne encore la jambe droite, ou plutôt il la lève moins haut que la jambe gauche. Le bras droit est encore plus faible; vingt jours après, la sensibilité et la force reviennent progressivement. Au bout d'un mois le malade peut sortir, mais non encore parfaitement guéri.

3° *Chorée générale guérie par les préparations d'iode.* —Une jeune fille de dix-sept ans, d'un tempérament faible et délicat, non encore réglée, fut prise sans cause connue d'une chorée générale, consistant dans des mouvemens désordonnés des membres et de la face. Elle fut admise à l'Hôtel-Dieu, peu de temps après. Les anti-spasmodiques, qui avaient d'abord été employés inutilement furent remplacés, par M. Bayle, par la teinture d'iode. Sous l'influence de ce médicament à la dose de 12 à 28 gouttes dans une infusion de feuilles d'oranger, et de bains frais à vingt-quatre degrés, les mouvemens convulsifs se calmèrent, devinrent moins désordonnés, et la malade au bout d'un mois pouvait coudre et enfiler elle-même son aiguille.

Les deux malades affectées, l'une de folie, l'autre d'épilepsie, ne restèrent que quelques jours dans le service; elles passèrent à Bicêtre.

Des deux phthisiques, l'une sortit soulagée, l'autre fut admise vers la fin du mois d'octobre. On tenta de calmer la toux par les fumigations de feuilles de belladone.

Les deux catarrhes chroniques et *l'hémoptysie* qui fut légère ne présentèrent rien à noter.

Maladies organiques du cœur.—De ces deux malades, l'une, très-âgée, mourut le jour de son entrée, sans qu'aucun médicament put être administré.

L'autre était une jeune fille de vingt-trois ans, malade depuis un an, époque où elle ressentit des palpitations. Il y a neuf mois environ, suppression des règles. Se croyant enceinte, elle entre dans la salle des accouchemens; mais bientôt les symptômes de la maladie

du cœur ayant augmenté, elle passe à la Clinique dans l'état suivant : maigreur, face pâle, palpitations très-fortes, dyspnée, bruit de souffle extrêmement manifeste dans la région précordiale, etc. *Aucune trace d'hydropisie n'existant*, on avait cru à une chlorose et les martiaux avaient été employés inutilement. M. Bayle pense alors *à un obstacle à la circulation dans les orifices du cœur*, et il emploie de petites saignées ; mais elles ne soulagent que momentanément. La digitale ne pouvant non plus calmer les mouvemens impétueux du cœur, les antispasmodiques (infusion de valériane, douze pilules d'assa fœtida aa 3 gr., lavement avec castoreum et assa fœtida aa un demi-gros, frictions sur la région précordiale avec la pommade d'extrait de belladone et de datura) sont employés, mais sans aucun résultat. Bientôt les accidens s'aggravent encore et la malade meurt. A l'autopsie, on trouva en effet l'orifice auriculo-ventriculaire gauche extrêmement rétréci.

Affection organique de l'estomac. — Nous comprenons sous cette dénomination une maladie qui n'a pu être exactement déterminée. Le sujet était une femme de trente-cinq ans qui, depuis environ vingt mois, mais surtout depuis sept mois, était tourmentée de fortes douleurs d'estomac, avec vomissemens, etc., et qui furent combattus par plusieurs saignées et de nombreuses applications de sangsues. A son entrée, le 18 septembre, visage pâle, un peu jaune; vomissemens, digestions difficiles, ballonnement du ventre; éructations de gaz et rapports acides après les repas; douleurs aiguës ; surtout à la pression, dans la région épigastrique; tiraillemens d'estomac, coliques. L'abdomen, facile à déprimer, ne laisse sentir aucune tumeur (infusion de feuilles d'oranger, opium 1 gr., lavement de lin et de pavot). Continué pendant plusieurs jours, ce traitement, n'ayant rien produit, fut remplacé par les antispasmodiques (valériane, assa fœtida en pilules *x* gr., et en lavement demi-gros); mais ils ne firent qu'augmenter les coliques. Les fondans (ciguë en extrait *ij* à *vi* gr., épithème du même extrait demi-gros sur l'estomac) ne réussirent pas mieux. Enfin, la malade vomissait tous ses alimens à l'exception du lait. Cependant ils furent continués, et on leur associa l'hydrochlorate de morphine (1/5 de grain à *i* gr. en pilules, 1/4 de gr. sur un vésicatoire appliqué sur l'estomac). Ce traitement procura en huit jours un mieux sensible, beaucoup de diminution dans les coliques et les vomissemens ; les digestions devenaient plus faciles, le visage se colorait, lorsque la malade voulut sortir, un mois après son entrée.

Le *pyrosis* fut guéri en cinq jours par la magnésie calcinée (℈ β à ℈ *jj*), infusion de tilleul, cataplasme, eau de Seltz ; le cinquième jour, huile de ricin *ij* once).

La *dysenterie* fut traitée et guérie en dix jours par : décoction blanche *v* once, opium *i* gr., lavemens émolliens et narcotiques.

Coliques de plomb. — Les coliques de plomb, dont une fut très-intense, cédèrent aux purgatifs (médecine noire ou huile de ricin) alternés avec l'opium (*i* à *iij* gr.). Leur durée fut très-courte, cinq à neuf jours ; aucune ne fut suivie d'accident. Quant à la huitième, s'il était permis de juger d'une méthode de traitement par un cas isolé, nous pourrions montrer que celle de l'hôpital Beaujon est souvent défectueuse. Un malade, qui resta un mois dans cet hôpital, où il fut traité par les saignées et les applications de sangsues, eut une rechute aussitôt qu'il en fut sorti. Entré à la clinique, il fut guéri par les purgatifs et les narcotiques en quelques jours seulement.

C'est ici le cas de rapporter une maladie qu'il a été extrêmement difficile de déterminer. Elle a été appelée *colique végétale*, parce que le sujet qui en était affecté arrivait de la Normandie où il avait bu beaucoup de cidre. Il fut reçu à la Clinique, le 8 septembre, avec les symptômes suivans : coliques très-violentes, avec constipation opiniâtre ; vomissemens, inappétence, insomnie ; douleur dans la plante des pieds et fourmillemens dans les mains ; contraction spasmodique des doigts, difficulté à les étendre (bain, orge édulcorée, huile de ricin *ij* once, 2 pilules d'opium de aa β gr.). Jusqu'au 22, la maladie reste à peu près stationnaire ; mais ce jour le malade s'aperçoit qu'il ne peut presque plus se servir de ses mains, et que l'engourdissement dans les doigts est considérable (3 pilules d'extrait de noix vomique de 1/4 de grain aa.).

Le 24 au soir, au moment où le malade est levé, perte subite de connaissance, résolution complète des membres, abolition de la parole (affusion, glace sur la tête, sinapismes, sangsues aux apophyses mastoïdes).— Le 25, immobilité, sensibilité générale exagérée, dilatation des pupilles, face rouge, animée ; constipation (saignée, lavement purgatif, limonade).

Le 27, délire violent ; parole précipitée, brève (vésicatoire à la nuque, calomel *xx* gr. en trois prises), plusieurs selles.

Le 30, le délire se calme, la sensibilité revient à l'état normal ; mais l'engourdissement dans les mains et les pieds est le même (frictions avec liniment camphré, extrait de noix vomique 1 demi-gr. en 6 pilules).

Le 6 octobre, les doigts de la main gauche commencent à s'étendre, ceux de la main droite sont toujours fléchis ; l'engourdissement est le même dans les pieds. Aphthes nombreuses dans la bouche ; selles régulières (1 gr. d'extrait de noix vomique).

Le 19, même état dans les mains et les doigts; moins d'engourdissement dans les pieds ; marche un peu plus facile (extrait de noix vomique *vii* gr.).

Le 25, beaucoup de dévoiement, beaucoup de faiblesse; cessation de l'extrait de noix vomique (riz, gomme avec *xx* gtt. de laudanum, lavement d'amidon).

Le 30, le malade commence à se servir de ses mains, mais les jambes sont toujours très-faibles.

Chlorose guérie par les préparations de fer. — Cette maladie, qui existait depuis trois mois chez une jeune femme de vingt-un ans et qui était survenue à la suite de chagrins d'amour, ne présenta à noter qu'une céphalalgie violente, qui fut combattue avec avantage par les frictions de pommade de datura stramonium et des pilules de l'extrait de la même plante. La chlorose fut

guérie en vingt jours par le sous-carbonate de fer, qui fut porté à *ix* gr.

Les rhumatismes chroniques, au nombre de trois, furent traités par l'opium à l'intérieur; et à l'extérieur, par les frictions avec la pommade d'extrait de datura et de belladone et les bains de vapeur. Un entre autres, qui datait de huit mois, chez un ancien militaire, et qui résistait aux bains de vapeur et à l'opium, à la dose de *v* gr., fut calmé en quelques jours par l'extrait de datura en pilules. La douleur avait cessé depuis plusieurs jours, lorsque le malade voulu sortir ; nous ignorons si elle a reparu.

Une douleur sciatique, datant de six mois, et qui avait résisté à tous les moyens, était momentanément calmée par l'applicaton, sur un vésicatoire, de poudre de belladone. Chez ce malade, le datura à l'intérieur n'avait pas réussi. Il est encore dans les salles au moment où nous écrivons.

Une hystérie, datant d'un mois, se présenta sous le type intermittent. Les antispasmodiques (infusion de valériane: assa fœtida, *xij* gr. en pilules; castoreum et assa fœtida, aa un demi-gros en lavement) furent administrés ; mais inutilement. Alors le sulfate de quinine fut donné, mais le malade ayant voulu sortir, on ne put en connaître le résultat.

Comme la partie essentielle et intéressante dans tous les résumés de ce genre est la mortalité, voyons ce qu'elle a été dans les maladies aiguës et les maladies chroniques.

1° Dans les premières, qui furent au nombre de soixante-dix, nous avons sept morts ainsi réparties : une scarlatine grave, une variole confluente deux pneumonies ; trois fièvres typhoïdes, une avec perforation, une avec angine qui rendait la déglutition impossible. Si nous joignons les deux malades qui sont morts quinze jours après que M. Bayle eut quitté le service, nous avons cinq fièvres typhoïdes mortelles, une mort sur dix guérisons.

2° Pour les maladies chroniques, nous avons : une hémorrhagie cérébrale, deux affections organiques du cœur, une mort sur dix guérisons.

3° Si nous résumons la mortalité pendant les deux mois, nous avons sur cent malades dix morts, une mort sur dix guérisons.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

JANVIER 1836.

Maladies du système lymphatique. (2e Mémoire); par M. Velpeau, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Inflammation des ganglions, ou adénite lymphatique.

Mieux connue, plus souvent observée que celle des vaisseaux, l'inflammation des ganglions lymphatiques ne me paraît cependant point encore avoir été suffisamment étudiée. D'une fréquence extrême, point de départ d'une foule de tumeurs et d'engorgemens, elle réclame une large place dans les cadres nosologiques, et mérite toute la sollicitude des praticiens. Il n'est d'ailleurs aucune région du corps où on ne l'observe. Sous la peau, entre les muscles, dans la profondeur des membres, autour des viscères, dans les cavités splanchniques, partout enfin, où le système lymphatique existe, on peut en redouter le développement.

Etiologie. — J'insisterai principalement ici sur les causes de l'inflammation des ganglions lymphatiques. Comme celles de l'inflammation des vaisseaux du même nom, ces causes sont de deux sortes, directes ou indirectes.

A. Les *causes directes* des phlegmasies du système lymphatique agissent assez souvent sur les ganglions, tandis qu'elles se laissent rarement apercevoir dans les vaisseaux de cet ordre. La différence que je signale est facile à expliquer. On en trouve la raison dans la contexture même des parties. Les branches de la portion canaliculée du système lymphatique sont si grêles et si souples, en effet, qu'elles se trouvent pour ainsi dire à l'abri de toutes les espèces de contusions, d'écrasemens, de violences extérieures. Les ganglions au contraire se présentent sous forme de corps assez distincts, assez volumineux, occupent certaines régions assez superficielles, pour être naturellement exposées à de nombreuses blessures. Ainsi ils peuvent être piqués, coupés, froissés, écrasés, déchirés isolément ou en même temps que les tissus environnans.

B. Ce n'en est pas moins par *cause indirecte* que les ganglions lymphatiques s'enflamment le plus ordinairement. Alors l'inflammation peut leur être transmise de trois manières : 1° par les couches organiques contiguës; 2° par les canaux du même genre, préalablement enflammés eux-mêmes ; 3° par l'arrivée de quelque principe irritant puisé à une certaine distance dans quelque organe ou dans quelque région malade.

Sans être rare le premier genre de ces causes indirectes n'est cependant pas le plus fréquent. Sous son influence le mal se développe de la périphérie au centre. Le tissu cellulaire ou quelque autre tissu du voisinage, d'abord enflammé, dégénéré, malade enfin d'une manière quelconque, réagit à la longue sur les ganglions et en amène ainsi l'inflammation. Il suit delà que toute phlegmasie, que toute lésion inflammatoire du tissu cellulaire, des artères, des veines, des muscles, des organes quels qu'ils soient, placés autour, dans les environs, ou dans l'intervalle des ganglions lymphatiques, doit être considérée comme cause de l'inflammation dont il s'agit. Les ganglions deviennent malades alors, à la manière d'une articulation; d'un os, d'un muscle, qui se laissent envahir de dehors en dedans par l'inflammation des couches du voisinage.

Le second mode inflammatoire des ganglions lymphatiques par cause indirecte, est aussi fréquent que facile à comprendre. Partie d'un point quelconque des régions environnantes, la phlegmasie, développée de prime-abord dans quelques vaisseaux du même ordre, gagne de proche en proche et arrive enfin au ganglion. C'est ce qu'on observe à peu près constamment dans l'angioleucite. Ici la maladie se propage encore de la circonférence au centre d'abord, il est vrai ; mais une fois fixée, elle s'effectue manifestement du centre à la surface, et passe des ganglions aux couches ambiantes. Cependant, comme l'inflammation se fixe souvent d'une manière définitive sur les vaisseaux lymphatiques, l'adénite, ainsi développée, est moins fréquente en réalité qu'on ne se l'imaginerait de prime-abord. Il n'est pas rare au moins de la voir rétrograder promptement, et s'éteindre avant la disparition de l'angioleucite.

L'adénite qui appartient au troisième ordre de causes indirectes signalées tout à l'heure, est incomparablement la plus commune de toutes : c'est ainsi que naissent la plupart des adénites syphilitiques, cancéreuses, tuberculeuses, etc. A cette occasion, j'aurais à discuter la question de savoir si les vaisseaux lymphatiques peuvent absorber, comme on le croit généralement, ou si, comme le soutiennent quelques physiologistes modernes, ils sont réellement étrangers à cette grande fonction ; mais ceci m'entraînerait hors du cercle que je

me suis imposé. D'ailleurs, que ce soit par absorption ou de toute autre manière, toujours est-il qu'un principe morbifique, venant d'une partie éloignée, produit souvent l'adénite, sans enflammer, sans altérer d'une manière appréciable les tissus intermédiaires. Il n'y a pas de régions du corps où cela n'ait été rencontré; les bubons inguinaux, les engorgemens axillaires, cervicaux, sous-maxillaires, le démontrent chaque jour, et il suffit que ce fait ne puisse être contesté, pour me dispenser de toute controverse physiologique. Toutes les maladies possibles sont ainsi capables de causer l'adénite. Il n'y a pas une phlegmasie en effet, qu'elle qu'en soient la cause et la nature, qui ne modifie, qui ne change les qualités des fluides de la partie enflammée. Repris, molécules par molécules, et reportés dans la circulation, les fluides altérés parviennent aux ganglions qu'ils enflamment ou dont ils troublent les fonctions. Soit que, chargés d'élaborer les matières qui les traversent, ils en augmentent encore les propriétés irritantes, soit qu'en gênant, ralentissant leur marche, ils en supportent plus longtemps le contact, les ganglions lymphatiques résistent mal à l'action de ces fluides. Délà leur engorgement, leurs phlegmasies diverses, leurs dégénérescences, quoiqu'il n'y ait jamais eu de trace d'angioleucite proprement dite. C'est ainsi qu'une piqûre, la plus mince pustule, une écorchure, une brûlure, une phlyctène, une engelure, une gerçure, une excoriation, une plaie petite ou grande, un ulcère superficiel ou profond, un eczéma, un lichen, une dartre quelconque, un érysipèle, une teigne, un zona, le pemphigus, une inflammation du tissu cellulaire qui double la peau, les aponévroses ou les membranes soit séreuses, soit muqueuses, qui entourent les artères, les veines, les nerfs ou les faisceaux musculaires; c'est ainsi qu'une luxation, une fracture, que toute phlegmasie tégumentaire, externe ou interne, qu'un vésicatoire, un moxa, un séton, un cautère, des ventouses scarifiées, que tous les rubéfians et les caustiques, que la variole et la vaccine, la rougeole et la scarlatine, que toutes les opérations qui divisent, froissent ou contondent les tissus, sont autant de sources d'adénite. C'est là ce qui m'autorisait à dire, en 1823 (1), que tout exutoire est une cause de maladie, que toute suppuration expose à d'autres suppurations.

J'insiste sur cette étiologie de l'engorgement glandulaire du système lymphatique, parce que son importance pratique est restée presque entièrement méconnue jusqu'à présent, et parce qu'elle donne la clé d'une foule de lésions qu'on ne sait le plus souvent à quoi rapporter. Lorsque les ganglions s'enflamment en effet ou se gonflent par ce mécanisme, ils peuvent rester longtemps malades et seuls malades après la guérison de l'affection qui en a été le point de départ. Comme il n'y a pas eu de changemens appréciables, de signes d'angioleucite sur le trajet des vaisseaux qui se portent des régions primitivement altérées aux ganglions engorgés, les malades, les médecins eux-mêmes, oublient alors, laissent facilement échapper la cause pour s'en tenir uniquement à ses effets; on conçoit même que beaucoup de sujets ne puissent voir aucune corrélation entre le plus grand nombre de maladies que j'ai signalées, et ce qu'ils appellent des *glandes*, des *tumeurs*. Il y a plus; c'est que les praticiens les plus exercés devront être fréquemment embarrassés à leur tour pour lever tous les doutes à ce sujet. S'il s'agit d'un enfant, ou de quelque lésion assez légère pour que le malade s'en soit à peine occupé, et que des semaines, des mois ou même des années se soient écoulées depuis, comment parviendra-t-on à découvrir la vérité? Personne, dans ce cas, ne songe au premier mal, les parens ne s'en souviennent plus; tout le monde soutient qu'il n'existait rien ailleurs que là où sont les souffrances ou les *grosseurs* actuelles.

Le diagnostic de l'angioleucite est donc, sous ce point de vue, infiniment plus facile que celui de l'adénite. Un pareil embarras a du reste sa raison dans la nature même des choses. L'inflammation, la solution de continuité, source première du mal, a d'abord fixé l'attention. Ce n'est que plus tard, après sa disparition, qu'on s'est aperçu de l'engorgement ganglionnaire. Dès lors le praticien peut se demander s'il y a véritablement quelque rapport entre la maladie présente et la maladie passée, sans compter que le plus souvent il ne lui vient pas même à la pensée de les rapprocher. Dans d'autres cas le dérangement morbide, qui remplit ici le rôle de cause, se réduit à si peu de chose, qu'on y songe à peine, qu'on n'en tient aucun compte. Quelquefois encore son siége, dans l'épaisseur ou la profondeur des tissus, son peu d'importance, empêchent absolument de le trouver. Enfin il peut arriver et il arrive très-fréquemment en effet que l'affection des ganglions existe pendant un laps de temps considérable sans que le malade s'en doute, et qu'au moment où on l'observe pour la première fois, il soit réellement impossible d'en retrouver le point de départ. Une autre circonstance peut encore donner le change à l'observateur; c'est lorsque l'adénite résulte d'un travail morbide interstitiel latent ou obscur dans le principe. Ici, en effet, l'engorgement des ganglions est la première altération locale appréciable. Elle sert ainsi de prélude à certains érysipèles. C'est aussi de cette façon qu'elle se montre à la suite de marches forcées, de fatigues, de refroidissemens, etc. Plus tard, quand la maladie qui l'a causée s'est enfin épanouie ou développée à l'extérieur, on la perd de vue, parce qu'on l'en croit indépendante, et parce qu'assez souvent on la voit alors rétrograder manifestement. Si donc on la retrouve au bout de quelques mois, sa cause réelle échappe d'autant plus facilement, qu'elle s'est montrée sous la forme d'une phlegmasie intercurrente, qu'elle ne semble être survenue là que pour compliquer, pour entraver la marche de l'affection des glandes lymphatiques.

Les phlegmasies, aiguës ou chroniques, les ulcères, les altérations de tout genre dont les membranes muqueuses peuvent être affectées, les écoulemens, les irri-

(1) Thèse inaugurale. N° 16. Paris, 1823.

tations catarrhales sont une source fréquente et souvent méconnue de l'engorgement des ganglions. Il n'est pas jusques aux membranes séreuses et aux articulations qui, par leurs maladies, ne puissent devenir cause d'adénite en transmettant ainsi, d'une manière indirecte, des élémens morbifiques aux glandes lymphatiques. En remontant plus haut, on voit que certaines alimentations, certaines boissons, certain régime, certains travaux, certaines habitudes, peuvent aussi être rangés parmi les causes de cette affection, puisque tout ce qui peut modifier directement ou indirectement la nature de fluides blancs, est véritablement capable de la produire.

Au demeurant, l'adénite lymphatique par cause indirecte a pour point de départ fondamental une *altération* des liquides destinés à traverser les ganglions. Les maladies qui produisent le plus aisément cette altération, quand elle n'est pas primitive sont celles de la peau, des membranes muqueuses, du tissu cellulaire sous-cutané et sous-tégumentaire, de celui du pourtour des vaisseaux, de l'intermusculaire, du sous-séreux; enfin, les maladies du tissu cellulaire en général, des muscles, des articulations, des os, des viscères; d'où il suit qu'elle trouve sa source dans presque toutes les autres maladies, et que, toute locale qu'elle paraisse ordinairement, elle doit être souvent une des plus faciles à généraliser. Une autre conséquence à tirer de là, c'est qu'il est très-peu de sujets qui n'aient été soumis, à une période quelconque de leur vie, à l'influence de l'une des causes que je viens de relater, et que les tumeurs lymphatiques pourraient être presque toutes rattachées à quelque autre lésion plus ou moins éloignée.

Les *tumeurs scrofuleuses* ne se développeraient-elles pas par ce mécanisme? Chez les enfans, les jeunes sujets, les femmes, les personnes blondes, délicates, ou qu'on dit d'un tempérament phlegmatique, les fluides, les vaisseaux blancs et leurs dépendances, prédominent ou sont doués de qualités, telles, que la moindre cause y amène des changemens qui deviennent bientôt la source d'engorgemens, d'infiltrations, d'adénites, d'inflammation dans quelque partie du système lymphatique. Depuis près de 20 ans que je m'occupe de ce point de doctrine, le nombre de scrofuleux que j'ai questionnés dans le but d'éclairer le problême posé plus haut, s'élève à 900. Chez 730 d'entre eux j'ai pu constater que des phlegmasies, des suppurations du système tégumentaire ou cellulaire, avait précédé l'apparition des tumeurs lymphatiques. Sur 95 autres, la maladie était si ancienne que je n'ai pu obtenir aucun renseignement positif. Enfin, les 95 derniers étaient des enfans nés dans la misère et dont les parens avaient eu si peu de soin, qu'une de ces causes éloignées, qui ne m'a cependant point été avouée, peut être hardiment supposée.

S'il était possible d'établir ainsi que chez les écrouelleux, le gonflement des ganglions lymphatiques est à peu près constamment secondaire, que ce gonflement n'est d'abord que le symptôme d'un travail pathologique qui a son siége ailleurs, ou la preuve que les fluides blancs sont doués de propriétés irritantes anormales, ce serait, si je ne m'abuse, faire un grand pas dans l'étiologie de la maladie scrofuleuse. Dès lors il n'est plus besoin de *vice* particulier, de principe héréditaire dans l'économie, les scrofules naîtront, comme toute autre maladie accidentelle, sous l'influence de certains états organiques faciles à comprendre. L'enfance y est plus sujette, presque seule sujette, parce que c'est dans l'enfance que la peau et les membranes muqueuses sont le plus souvent malades. Parmi les enfans, ce sont les individus à tissus pâles, gorgés de fluides, qui en offrent le plus d'exemples, parce que chez eux les couches tégumentaires sont plus impressionnables et tous les fluides plus faciles à modifier que chez aucun autre. On voit aussitôt par la même raison pourquoi la misère, une mauvaise alimentation, le défaut de vêtement, le froid humide, etc., sont une cause si manifeste et si fréquente des engorgemens scrofuleux.

La dentition, les exulcérations auriculaires et mastoïdiennes, les teignes, les croûtes de la tête, le muguet, le coryza, expliquent assez la prédilection des écrouelles pour le cou et le pourtour de la mâchoire. Les rhumes, la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, les bronchites multipliées du jeune âge en font autant pour la poitrine. Quant à celles du mésentère, on a les diverses sortes d'affections intestinales pour s'en rendre compte. Le gonflement, l'infiltration de quelque région du corps, du nez, de la lèvre supérieure par exemple, qu'on a donnés comme signe de la constitution scrofuleuse, peuvent, dans cette hypothèse, en être tout à la fois le point de départ ou la suite; le point de départ, attendu que de pareilles lésions suffisent pour causer l'engorgement des ganglions voisins; la suite, parce que les ganglions une fois malades doivent gêner le cours de la lymphe dans les parties d'où ils tirent leurs vaisseaux.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille rejeter ici le rôle des causes prédisposantes. Il est bien entendu que tout ce qui précède ne s'applique qu'aux causes déterminantes ou occasionnelles. On peut seulement conclure de ce que j'ai avancé: 1° que toute tumeur lymphatique est une maladie sympathique; 2° que, rigoureusement parlant, il serait possible de faire naître artificiellement ces tumeurs; 3° que chez les scrofuleux elles se développent par le même mécanisme que chez tout autre individu; 4° qu'on naît plus ou moins disposé aux tumeurs scrophuleuses, de même qu'on peut naître plus ou moins disposé à contracter la pneumonie; mais que les engorgemens des ganglions lymphatiques se produisent de la même manière et sous l'influence des mêmes causes déterminantes, à tous les âges, dans toutes les régions du corps et quelle que soit la constitution des individus; 5° qu'au fond il n'existe réellement point de maladie spéciale qui mérite le nom de scrofuleuse.

Je sens tout le premier, au surplus, ce qu'un pareil langage peut avoir de paradoxal aux yeux de beaucoup de personnes. Que ceux qui jugeront la question assez importante, veuillent bien se donner la peine de l'examiner au fond, cependant, avant de prononcer; je la crois digne de toute leur attention, et j'ai la conviction

qu'en y regardant de près ils finiront par trouver dans ce nouveau point de vue quelques données utiles à la pathologie et surtout à la thérapeutique.

Développement. — Ainsi que l'inflammation des autres tissus, l'adénite lymphatique se montre sous plusieurs formes. Tantôt lent, tantôt rapide, l'engorgement préalable des ganglions affectés se complique quelquefois, et presque indifféremment dans les deux cas que je viens de supposer, de tous les phénomènes d'une phlegmasie franchement aiguë, tandis qu'il n'est pas rare de voir la glande rester à l'état subinflammatoire, ou soumise à un simple travail d'hypertrophie depuis le commencement jusques à la fin du mal.

Art. 1er *Adénite aiguë.* — Lorsqu'un ganglion lymphatique s'enflamme d'une manière aiguë, il se gonfle, paraît plus dur, et devient le siége de douleurs sourdes, profondes, que la pression et les mouvemens augmentent considérablement. Un frisson, ou des frissons irréguliers, une fièvre assez forte et de l'agitation comme dans l'agioleucite, précèdent assez souvent l'adénite. La peau, chaude et quelquefois brûlante, n'est pas toujours rouge dès le principe. C'est de l'intérieur à l'extérieur, que cette rougeur se montre quand elle survient. La région malade proémine bientôt sous la forme d'une tumeur diffuse ou mal circonscrite; la douleur est quelquefois pongitive, comme dans le phlegmon. Ces symptômes deviennent de plus en plus manifestes à mesure que le mal avance.

Du ganglion la phlegmasie passe bientôt au tissu cellulaire environnant. Delà un mélange de caractères qui semblent appartenir en même temps à l'inflammation des glandes et au phlegmon proprement dit; delà une apparence de bosselure que les doigts retrouvent jusques à la fin dans la tumeur, au travers de la peau qui finit elle-même par s'amincir, par revêtir une teinte livide ou bleuâtre bien caractéristique. Au bout de six, douze ou quinze jours, la masse enflammée se ramollit sur un et quelquefois sur plusieurs points à la fois, ou sur plusieurs points successivement. En la pressant alors convenablement, on y sent une fluctuation, tantôt fort circonscrite et très-superficielle, tantôt profonde, large et plus ou moins obscure, tantôt inégale et comme disséminée dans divers foyers distincts.

Soit que l'abcès s'ouvre de lui-même, soit que l'art vienne en diviser les parois, le pus, ordinairement homogène et bien lié qui s'en échappe, n'est que rarement en rapport, sous le point de vue de la quantité, avec le volume de la tumeur. Souvent il en sort infiniment moins qu'on ne l'eût pensé d'abord; d'autres fois c'est tout le contraire. On observe le premier état lorsque le foyer s'est établi entre les ganglions et la peau. Il faut s'attendre au second quand la suppuration s'est effectuée entre les ganglions malades eux-mêmes ou entre les ganglions et les parties profondes. Dans le premier cas, le point culminant de la tumeur seul semble s'être vidé. Dans le deuxième, elle paraît au contraire s'affaisser sur sa base. Ces particularités ne se montrent dans le phlegmon que par exception.

Jamais, dans l'adénite, le gonflement ne disparaît brusquement après l'ouverture du dépôt. Ce n'est que par degrés et lentement que la résolution s'en opère ensuite. Assez souvent même la suppuration est déjà tarie, et les plaies se trouvent fermées depuis un certain temps, que la tumeur conserve encore une bonne partie de son volume primitif. On peut dire enfin qu'avant de disparaître, l'adénite doit passer de nouveau par les formes qu'elle a prises en se développant. En effet, l'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané, qui était apparu le dernier, est le premier à s'éteindre. Celui de la couche sous-ganglionnaire se résout en second lieu. La résolution de l'infiltration phlegmasique interglandulaire arrive ensuite; ensorte que les ganglions semblent s'isoler de plus en plus au milieu de ce travail, avant de rétrograder à leur tour vers l'état normal. L'inflammation portant sur deux élémens anatomiques très-distincts, exige qu'on n'en confonde pas la marche dans les deux ordres de tissu, car elle doit naturellement être plus rapide et plus franche dans les couches cellulaires que dans les ganglions, soit qu'on la prenne à sa période d'accroissement, soit qu'on l'observe pendant le déclin.

Terminaison. — Les terminaisons ordinaires de l'adénite aiguë sont la résolution, la suppuration, et son passage à l'état chronique. La gangrène en est si rarement la suite, qu'il est à peine utile de la mentionner.

A. La *résolution* de l'adénite aiguë est infiniment plus commune qu'on ne pense. On a lieu de l'espérer, lorsque l'affection éloignée qui a été le point de départ du mal s'est éteinte ou heureusement modifiée avant que l'inflammation ait passé du ganglion dans le tissu cellulo-graisseux environnant. Il en est de même dans le plus grand nombre des cas où, n'importe par quelle raison, la phlegmasie se tient confinée au delà de quelques jours dans l'organe glandulaire. C'est ce qu'on voit, par exemple, dans les engorgemens lymphatiques qui compliquent, dès le début, certains érysipèles, certains maux de gorge, un grand nombre de phlegmasies aiguës diffuses de la peau et des membranes muqueuses. Alors les ganglions, qui, quoique gonflés, chauds, douloureux, étaient restés mobiles, perdent de leur sensibilité et de leur chaleur, reviennent peu-à-peu et quelquefois très-rapidement sur eux-mêmes, mais de manière cependant à conserver longtemps, chez le plus grand nombre des malades, un peu plus de volume que dans l'état naturel.

Bien que plus rare, la résolution de l'adénite se voit encore quelquefois dans les cas où le mal a déjà gagné le tissu cellulaire lui-même. Néanmoins on ne doit guère compter sur elle quand la peau est rouge et les couches sous-jacentes fortement engorgées. Quand il est encore possible de l'obtenir en pareil cas, les tégumens n'ont perdu qu'en partie leur mobilité : on sent bien au-dessous une masse enflammée, mais il y a dans cette masse quelque chose de spongieux et de ferme tout à la fois, qu'il est plus facile d'apprécier au lit du malade que de décrire et qui ne se remarque pas lorsque la suppuration est inévitable. Au reste, prise à ce degré du mal, la résolution s'opère en général avec lenteur, et reste le plus souvent incomplète.

2° On doit s'attendre à la *suppuration* toutes les fois que l'adénite dépend d'une solution de continuité en suppuration, ou que, du ganglion, la phlegmasie s'est rapidement étendue aux parties voisines. Si la peau est rouge et empâtée, cette terminaison est à peu près immanquable. Elle se montre d'ailleurs sous deux formes très-différentes, et qu'il importe de s'habituer à ne pas confondre. Tantôt en effet, quoique rarement, le ganglion ou les ganglions affectés entrent seuls en suppuration; alors leur tissu s'infiltre de pus plutôt qu'il ne devient le siége de véritables abcès. Ordinairement c'est le tissu cellulaire qui suppure; delà des foyers, des collections, comme dans le phlegmon; avec cette différence néanmoins que les ganglions gonflés, servant de noyau à la masse enflammée, détruisent la régularité des clapiers et font que la suppuration paraît plus superficielle ou plus profonde, plus abondante ou moins abondante que la forme et le volume de la tumeur ne l'eussent fait présumer.

D'autres fois ce n'est ni le tissu cellulaire seul, ni les ganglions seuls, mais bien le tissu cellulaire et les ganglions en même temps, qui suppurent.

Dans le premier cas, la tumeur reste mobile, bien circonscrite, et donnerait plutôt l'idée d'une masse fongueuse que d'un dépôt en proéminant ou à la pression. Si les tégumens qui la recouvrent sont ulcérés ou incisés, elle tend à s'échapper, et s'échappe en effet quelquefois, par l'ouverture sous la forme d'un champignon rougeâtre. La coupe de cette tumeur est pointillée de blanc, de jaune, de gris, de rouge, et parfois comme criblée de gouttelettes de pus. Elle se laisse écraser en partie sous les doigts, et son tissu se rapproche, jusqu'à un certain point, du tissu encéphaloïde qui commence à se ramollir. Enfin elle est généralement facile à séparer des parties voisines.

Dans le second cas, le pus s'accumule sous les ganglions, dans leurs intervalles, autour d'eux, ou entre eux et la peau. De cette façon, il ne forme presque jamais de collections bien régulières, les brides cellulo-vasculaires lui servant en quelque sorte de filtre pour se porter d'une couche à l'autre. La contexture filamenteuse du tissu cellulaire ambiant en gêne d'ailleurs la diffusion périphérique et fait que l'érysipèle phlegmoneux est assez rarement la suite de pareilles inflammations. Ici les ganglions conservent une grande partie de leurs adhérences avec les tissus voisins. Ils sont moins gros, plus rouges, ou d'un gris rougeâtre plus régulier, plus homogène que dans le cas précédent. Leur tissu est en même temps plus ferme et plus vasculaire; on ne les voit pas sortir avec la même liberté par les plaies de la couche cutanée qui, de son côté, montre alors moins de dispositions à se décoller, à s'amincir et à s'altérer.

Dans le troisième cas, on observe naturellement la combinaison des deux ordres de phénomènes dont il vient d'être question. La suppuration, moins abondante que si le tissu cellulaire seul en était le siége, finit pourtant par se laisser aisément apercevoir. Elle devient habituellement plus fluide, plus grise, et s'accompagne d'un amincissement, d'une dissection plus rapide de la peau, ainsi que des ganglions qui tendent cependant un peu moins, quant à eux, à se boursouffler, à végéter au travers des issues que leur offrent les tégumens incisés ou ulcérés.

3° Quand l'*état chronique* doit succéder à l'état aigu de l'inflammation des ganglions lymphatiques, on voit, comme dans la résolution, la chaleur, les douleurs, la rougeur et le gonflement, cesser de faire des progrès avant la période de suppuration. L'infiltration phlegmasique ne tarde pas ensuite à diminuer, et, avec elle, les autres phénomènes de l'adénite aiguë. Les tissus altérés, les ganglions surtout se durcissent manifestement, mais la turgescence sanguine une fois dissipée les choses en restent là. Quelques douleurs, un peu de chaleur se maintiennent dans la partie, qui conserve un excès de volume plus ou moins considérable. Cette terminaison, en un mot, n'est qu'une résolution incomplète, une résolution avortée. Assez souvent le travail morbide s'éteint en entier dans le tégument et le tissu cellulaire, comme pour se concentrer sourdement dans les ganglions. Si alors on examine ces organes sur le cadavre, on les trouve d'un jaune sale un peu rougeâtre, homogènes, difficile à écraser, et d'un aspect qui les rapproche du tissu cérébroïde non ramolli. Il arrive aussi que des grumeaux de pus concret ou demi-liquide s'y trouvent mêlés, que divers petits foyers de fluides ou de matières altérées en criblent le tissu; mais ceci rentre tout à fait dans le domaine de l'adénite chronique proprement dite dont il sera question plus loin.

B. Prognostic. — Les dangers de l'adénite phlegmoneuse sont nécessairement en rapport avec le nombre et l'importance des ganglions affectés. Aussi est-il difficile d'en établir le prognostic d'une manière générale. On peut dire néanmoins que ce n'est point une maladie essentiellement grave. Comme elle est presque toujours renfermée dans d'assez étroites limites, elle est moins susceptible que le phlegmon diffus et l'érysipèle de troubler dangereusement l'organisme. Il faut ajouter en compensation, qu'à titre de maladie locale, elle réagit plus que le phlegmon simple sur les fonctions des organes voisins, qu'elle guérit rarement sans laisser de traces, que le dérangement qu'elle apporte dans la circulatation lymphatique en rend quelquefois les suites fort longues et fort désagréables. Enfin elle devient souvent l'origine des tumeurs, de décollemens, de suppurations difficiles à guérir. Elle peut en outre, comme toutes les autres inflammations, devenir redoutable en se compliquant d'érysipèle, de phlegmon diffus, de phlébite, d'infection purulente, de gangrène, etc.; mais ces derniers dangers ne lui appartenant point en propre, ne doivent être que signalés en passant.

Chez certains sujets et dans certaines régions, chez les sujets jeunes et lymphatiques en particulier, l'adénite est parfois suivie, après l'ouverture du foyer, d'une végétation très-active. Le ganglion, qui s'échappe peu-à-peu par la plaie, se renfle bientôt au dehors sous la forme d'un champignon sanieux, rouge, gris ou blafard, plus ou moins douloureux. Alors le pédicule de la tumeur est ordinairement entouré d'une peau amincie,

pâle et décollée. Du reste, l'organe hypertrophié se présente sous le scalpel avec la même texture que dans les cas indiqués plus haut. Il faut seulement savoir que, sans être tout à fait impossible, la résolution en est alors beaucoup plus difficile, et que, sous ce rapport, c'est une circonstance qui rend le traitement de la maladie manifestement plus grave.

C. Le *traitement* de l'adénite aiguë est en général le même que celui du phlegmon.

1° Au début, l'inflammation est quelquefois arrêtée par d'abondantes *saignées* locales répétées plusieurs fois en peu de jours. Les topiques émolliens et les bains généraux sont alors d'excellens accessoires. Cependant, à moins que la maladie ne soit tout à fait locale et débarrassée de l'angioleucite ou du travail pathologique éloigné qui en a été le point de départ, cette médication reste souvent insuffisante. Pour en retirer tout le fruit possible il importe d'appliquer un grand nombre de sangsues à la fois, et d'y joindre de fortes saignées générales quand la force du sujet le permet.

2° La *compression*, les *incisions* prématurées, si efficaces dans les inflammations du tissu cellulaire, ne réussissent point ici ; leur action résolutive se concentre sur les tissus externes, et ne peut que difficilement se propager jusqu'au ganglion ; c'est une raison de plus pour s'attacher à ne pas confondre l'adénite avec l'érysipèle phlegmoneux. Les mouchetures, les scarifications, les ventouses scarifiées, sont utiles à la manière des sangsues qu'elles pourraient remplacer avec avantage dans une foule de cas, si les malades avaient moins de répugnance pour ce genre de remède.

3° *L'onguent napolitain* en frictions à haute dose, convient alors comme antiphlogistique et comme résolutif. On en couvre la partie trois fois le jour. Il doit être essayé surtout après les émissions sanguines et chez les sujets faibles. Plusieurs malades, jeunes et robustes, qui l'ont employé pour tout traitement, ont guéri plus vite et plus complétement, il est vrai, que d'autres qui avaient été plus largement saignés. Mais une plus longue expérience n'en est pas moins encore nécessaire pour constater au juste la valeur de ce moyen dans la période de l'adénite.

4° Les *vésicatoires volans* sont une autre ressource que j'ai souvent expérimentée. Dans quelques cas ils m'ont paru faire rétrograder l'inflammation, et produire les mêmes effets que l'onguent mercuriel ; d'autres fois ils se bornent à circonscrire le foyer morbide, à resserrer en quelque sorte le mal autour des ganglions ; le plus souvent enfin, et lorsque la résolution n'est plus possible, ils activent, ils accélèrent la suppuration. J'en couvre toutes les régions tuméfiées, et, quand ils sont enlevés, je fais quelquefois mettre à leur place de larges cataplasmes ou de la pommade mercurielle, comme il a été dit plus haut.

Je dois ajouter toutefois que dans certaines régions, à l'aîne, par exemple, où les ganglions sont le plus superficiels, le vésicatoire volant jouit d'une efficacité remarquable. L'emploi que j'en fais depuis quatre ou cinq ans, me permet d'affirmer que c'est le meilleur résolutif qu'on puisse opposer aux bubons syphilitiques qui ne sont point encore à l'état de suppuration. Cette méthode, qui m'est propre, est préférable, si je ne m'abuse, à celle de MM. Malapert et Reynaud. Le deutochlorure de mercure, que ces praticiens appliquent sur la plaie, n'agit que comme caustique et ne devient utile qu'autant que la suppuration est établie. Là, comme ailleurs, au surplus, je me sers de vésicatoires assez larges pour dépasser un peu toute la circonférence de la tumeur. Quand le premier est sec j'en applique un second. Après le troisième, il est ordinairement inutile d'y revenir. C'est une médication dont je traiterai d'ailleurs avec détail en examinant l'adénite par régions, et que je me borne à signaler en attendant.

5° Au demeurant donc, une large saignée si l'état du pouls l'indique ; de 20 à 40 sangsues ou des ventouses scarifiées répétées deux ou trois fois en deux jours ; des cataplasmes ou des compresses émollientes, des bains généraux, des frictions mercurielles à la dose de deux ou trois gros chaque fois, des vésicatoires volans sur la tumeur même, m'ont semblé les seuls moyens sur lesquels il fût permis de compter pour faire avorter l'inflammation aiguë et franche des ganglions lymphatiques. Je n'ai pas besoin de dire que la sévérité du régime, que la nature des boissons doivent être en rapport avec le degré de réaction générale et l'état des voies digestives de chaque individu.

6° Soit qu'on ait essayé les résolutifs, soit qu'on ait été appelé trop tard, si la maladie continue de marcher après les quatre ou cinq premiers jours, la suppuration est à peu près inévitable. Dès lors les moyens précédens sont, pour ainsi dire, sans valeur, si ce n'est, dans quelques cas, pour modérer certains symptômes. A partir de ce moment, le mieux est de s'en tenir aux simples cataplasmes pour aider à la maturation convenable du foyer. Mais une fois la suppuration établie, une question sérieuse se présente : faut-il laisser au pus le soin de s'ouvrir lui-même une issue, ou faut-il que l'art vienne à son secours en divisant les tissus ? dans ce dernier cas encore, faut-il se servir du caustique ; faut-il préférer le bistouri ; puis faut-il ouvrir l'abcès de bonne heure ; vaut-il mieux différer ? Ces questions qui ont été mainte fois agitées à l'occasion des diverses sortes d'abcès, s'offrent surtout à l'esprit du praticien quand il s'agit d'une adénite en suppuration.

7° En *abandonnant la maladie* à elle-même, le pus finit souvent par se faire jour, il est vrai, et la guérison n'en est pas toujours ralentie ; mais, en général, on court risque alors de voir la peau se dégarnir de tissu cellulaire, se décoller, se désorganiser à tel point, que plus tard il faudra l'exciser sur des grandes surfaces. Si la suppuration est profonde, elle pourra fuser au loin, gagner dans toutes les directions, isoler, disséquer les organes avant d'arriver à l'extérieur. Les ouvertures spontanées sont ordinairement trop étroites, trop irrégulières, trop mal placées pour l'écoulement facile et complet des matières épanchées. Ainsi pour moi, il n'y a pas de doute sur ce premier point ; on doit ouvrir la collection.

8° Les *caustiques*, c'est-à-dire la potasse ou le fer rouge, ne me paraissent préférables que dans un petit nombre de cas. Je ne les emploie presque jamais actuellement. Si la peau est mince, livide, dénudée, ils ont l'avantage de la détruire du même coup, et de laisser une plaie qui tend bientôt à se cicatriser; mais partout ailleurs ils doivent le céder au bistouri, qui, même alors, pourrait encore en tenir lieu, puisque rien ne s'oppose à ce qu'on excise sur-le-champ les tégumens décollés au lieu d'en pratiquer l'incision pure et simple. Règle générale, l'instrument tranchant vaut donc infiniment mieux que la cautérisation, surtout quand on adopte comme précepte d'y procéder de bonne heure.

9° Les chirurgiens qui attendent une suppuration aussi complète que possible avant d'ouvrir l'abcès dans l'adénite, s'appuient sur des raisons qui me semblent mal fondées. Pendant que la fonte des tissus, que la maturité qu'ils recherchent s'effectuent, une dissection sourde, étendue, des ganglions et de la peau, peut s'opérer. En se conduisant d'après ce principe, on s'expose aux mêmes inconvéniens qu'en laissant le foyer s'ouvrir de lui-même. Par la méthode contraire, en ouvrant aussitôt que la fluctuation n'est plus douteuse, on rencontre moins de liquide à la vérité, et le dégorgement immédiat est moins manifeste; mais aussi la peau reste épaisse, doublée de sa couche cellulo-graisseuse. Les autres tissus conservent leurs rapports naturels, et les ganglions eux-mêmes ne subissent presque aucun décollement. Si la résolution de la tumeur, de l'engorgement, tend un peu plus à se terminer, on a en compensation une plaie qui se cicatrise généralement sans autres secours particuliers. Les foyers secondaires qui se forment quelquefois autour du premier, ne seraient point ici une objection, car ils se montrent tout aussi bien après la première méthode qu'après la seconde.

Non-seulement il vaut mieux ouvrir de bonne heure que d'attendre, quand l'adénite aiguë est suivie de suppuration, mais encore il vaut mieux alors faire des incisions longues et multipliées que de simples ponctions rares et étroites; si plusieurs points de la tumeur paraissent ramollis, se laissent déprimer comme sur autant de foyers distincts, je les incise dans toute leur longueur séparément. Je m'en tiens à une seule ouverture, au contraire, quand il n'y a évidemment qu'un foyer, et quand les tégumens ne présentent pas de plaques isolément amincies. Alors je fais cette ouverture plus longue, et de manière qu'une de ses extrémités dépasse un peu les limites inférieures de la collection. J'ai pour principe enfin, toutes les fois que l'abcès est superficiel, de l'ouvrir assez largement pour que le pus ne puisse plus stagner nulle part. S'il est profond, et que les parois n'en soient pas encore amincies, une grande incision est encore nécessaire; mais on a droit d'espérer que l'élasticité, la résistance des aponévroses ou de la peau, suffiront pour forcer les matières à fuir par la voie qu'on leur a pratiquée.

Avant d'examiner l'adénite et l'angioleucite dans chaque région du corps, et d'exposer les observations qui servent de base à ce travail, il ne me reste plus qu'à traiter de l'adénite chronique. Ce sera le sujet du prochain Mémoire.

De l'extirpation d'un goître; par M. le professeur Roux, observation communiquée par M. Rufz, interne à l'Hôtel-Dieu, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; avec quelques réflexions sur cette affection.

M. Hedenus fils, de Dresde, après avoir rapporté, dans son *Traité de la glande thyroïde*, un cas d'extirpation d'un goître heureusement opéré par M. Graefe, ajoute ces paroles: « J'espère qu'aucun lecteur ne me soupçonnera de rapporter cette belle opération dans le dessein de flatter M. Graefe, ainsi qu'un homme corrompu, en publiant un nouvel exemple de son sang-froid et de son habileté chirurgicale. Je manquerais d'ailleurs de modestie, si je me croyais capable d'ajouter quelque chose à cette grande célébrité. Je n'ai eu d'autres intentions que de recueillir un fait qui peut servir à résoudre une question tant controversée, à prouver que la glande thyroïde peut être extirpée sans aucun danger. »

Et M. Rullier (*Thèse inaugurale*, 1808), à l'occasion d'une observation de M. Dupuytren, dit : tel fut le résultat malheureux d'une opération, sans doute indispensable, mais qui laisse cependant à M. Dupuytren des regrets de l'avoir entreprise. Ce grand chirurgien néanmoins voulut bien permettre que nous fissions connaître ce fait dans tous ses détails, et nous devons d'autant plus nous en applaudir, que cette opération importante et qui offrait un modèle parfait du procédé opératoire que l'on pouvait désirer, est d'ailleurs peut-être encore la seule qui ait pu fixer toutes les incertitudes qui ont regné sur la véritable doctrine de l'extirpation du goître.

Nous nous appliquons entièrement les paroles de M. Rullier et de M. Hedenus, et nous pouvons dire que les mêmes pensées qui ont engagé ces deux médecins à publier leur observation, nous engagent aujourd'hui à publier celle que l'on va lire. Si l'opération fut malheureuse, si elle doit, à notre avis, détourner d'en entreprendre de semblables, la façon sûre et hardie dont elle fut exécutée, est toute en l'honneur de l'opérateur.

Girard Jouvain, âgé de 22 ans, est né à Derblay, petit village situé près d'Argenteuil, département de Seine et Oise, au milieu d'une plaine bien aérée. Girard Jouvain a toujours habité ce village, livré aux travaux de la campagne, gardant les bestiaux dans son enfance, et labourant les terres depuis qu'il en a la force, c'est-à-dire depuis l'âge de 17 ans. Il habite la partie du village la plus élevée; la maison qu'il occupe est bien aérée: elle consiste en un rez-de-chaussée qui n'est point carrelé. Girard Jouvain dort habituellement 8 et 10 heures. Il n'a jamais souffert de privation, mange ra-

rement de la viande de boucherie, il se nourrit de légumes et de lard; il ne boit point de vin, ni d'aucune liqueur fermentée; l'eau est sa boisson habituelle. Les habitans de Derblay se servent d'eau de puits bien limpide, et qui n'offre rien de particulier. Girard Jouvain n'a eu dans son enfance, ni éruption du cuir chevelu, ni ophthalmie, ni abcès des membres, ni tuméfactions articulaires notables, pour qu'il en ait gardé le souvenir. Mais vers l'âge de 10 à 11 ans, il eut autour du cou des engorgemens qui s'abcédèrent, et en effet, on reconnaît encore aujourd'hui deux cicatrices linéaires mobiles, longues chacune de plus d'un pouce, et qui sont situées sur le côté du cou. Girard Jouvain n'a jamais été atteint de la syphilis; il n'en a jamais présenté les symptômes primitifs, comme blennorrhagie, chancres ou bubons, ni aucuns symptômes consécutifs, éruptions cutanées, ulcérations de la gorge ou tumeurs osseuses. Il n'est point sujet aux hémorrhoïdes, mais depuis 4 ou 5 ans il a, surtout pendant l'été, des épistaxis qui se répètent 5 ou 6 fois, et fournissent environ un demi-verre de sang. Ces épistaxis ne sont précédés, ni de céphalalgie, ni d'aucun symptôme particulier. Girard Jouvain n'est point sujet à la céphalalgie. Il n'a jamais eu aucune attaque d'épilepsie; il ne tousse point habituellement, n'éprouve point de douleur autour du thorax, n'a jamais eu d'hémoptysie. Ses digestions sont bonnes; il n'a jamais eu ni nausées, ni vomissemens, ni coliques, ni diarrhée. Jamais il n'a fait de maladie qui l'ait obligé à garder le lit.

Tels sont les détails que nous avons recueillis relativement à la santé de Girard Jouvain, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 16 mai 1835. Quant à sa famille, nous avons appris que son père et sa mère sont morts, il ne peut dire de quelle maladie, mais il nous affirme que ni l'un ni l'autre n'avaient de *goîtres*. Sa grande-mère paternelle au contraire avait été affectée de cette difformité. Son frère aîné en est atteint, mais son second frère en est exempt. Girard Jouvain a vu plusieurs personnes du même village avec des goîtres, entre autres deux vieilles filles, dont l'une est sa marraine, et l'autre celle de son frère. Ce qui fait dire aux habitans du village, que les goîtres dont les deux frères sont atteints, sont deux *dons* ou *sorts* qui leur ont été faits par leurs marraines. Cependant les deux vieilles filles ne sont point parentes de Girard-Jouvain, et n'habitent point la même maison.

Girard Jouvain fait remonter l'époque du développement du *goître* dont il est atteint aujourd'hui, vers l'âge de 10 ou 11 ans, c'est-à-dire à la même époque que les autres engorgemens ganglionnaires se développèrent autour du cou. Ceux-ci disparurent, laissant des cicatrices, ainsi que je l'ai déjà dit, mais le goître persista, et continua à prendre de l'accroissement, sans éveiller aucune douleur, et n'occasionnant qu'une gêne légère de la respiration lorsque Girard se livrait à quelque travail un peu rude. Vers l'âge de 16 ans, le goître cessa d'augmenter de volume. Girard a noté cette particularité, non-seulement d'après son propre sentiment, mais encore d'après le témoignage de ses parens. C'est aussi vers cet âge, qu'il cessa, dit-il, de grandir. Il est d'une constitution plutôt faible que forte. Ses cheveux et ses yeux sont châtains, son teint est brun, ses lèvres peu grosses, ses dents très-blanches et complètes, ses muscles sont médiocrement développés, et les articulations ont leurs proportions naturelles. Son intelligence est très-ordinaire.

Le goître est situé sur la ligne médiane, à la partie antérieure du cou qui correspond à la glande thyroïde; son volume est égal à celui d'une très-grosse pomme de reinette; elle s'étend depuis un pouce au-dessous du menton, jusque sur le sternum; mais il est bien évident qu'elle ne repose sur la région sternale que par son poids, et non point parce qu'elle a envahi les parties molles de cette région, car il est facile de la soulever, et de s'assurer que le sternum est tout-à-fait libre. La forme de la tumeur est arrondie, mais très-irrégulièrement; elle est bosselée, et paraît composée de deux lobes très-distincts, et que l'on peut isoler l'un de l'autre, comme si c'était deux tumeurs.

La tumeur résultant du goître est très-mobile, elle se déplace en totalité avec la trachée et le larynx, sans qu'il soit possible d'imprimer à ces tuyaux aucun mouvement particulier; on peut néanmoins distinguer la forme de la trachée et du larynx, principalement sur la ligne médiane, en écartant les deux lobes qui composent la tumeur. Quant à la consistance de la tumeur, elle n'est point partout homogène : en quelques points elle offre une fluctuation obscure; en d'autres, elle est dure à faire soupçonner des points osseux ou cartilagineux. La peau qui recouvre cette tumeur est partout libre, et sans aucune coloration particulière. Supérieurement, on distingue l'os hyoïde, et latéralement la saillie des muscles sterno-mastoïdiens, et les pulsations des carotides, sur les flancs même de la tumeur. On sent très-distinctement battre deux artères, ayant au moins les dimensions de la radiale : elles occupent à peu près la place de artères thyroïdiennes inférieures.

Cette tumeur n'est le siége d'aucune douleur spontanée; la pression n'en éveille non plus aucune; le poids seul en est incommode, surtout quand Girard fait un travail qui exige des efforts. Il s'essouffle facilement, et ne peut courir aussi vite que les jeunes gens de son âge. Sa voix est très-claire, il peut chanter; la déglutition est facile, toutes les fonctions digestives se font très-bien, le pouls est à 72; point de chaleur ni de sueur; le malade n'a pas maigri dans ces derniers temps, il ne tousse point, ne crache point. La percussion dans tous les points du thorax est également sonore, excepté sous la clavicule gauche où elle semble un peu moins sonore qu'à droite dans le même point; au contraire, la respiration était un peu plus forte à gauche et un peu plus sourde à droite; point d'expiration prolongée, ni de bronchophonie en aucun point. Ces résultats ont été confirmés par deux auscultations faites avec soin. Le cœur n'offre point d'impulsion anormale, ni aucun bruit particulier. Mais dans les deux carotides l'on entend un bruit de soufflet très-prononcé, simulant un bruit de *diable*. On cesse d'en-

tendre ce bruit lorsqu'on ausculte le malade pendant qu'il est debout.

Le 26 mai, le malade étant en l'état que nous venons de dire, l'opération du goître fut ainsi pratiquée :

Une incision longitudinale est faite sur la ligne médiane, depuis l'os hyoïde, jusqu'au sternum : une autre, menée par le milieu de la tumeur de gauche à droite, joint la première, de manière à former avec elle un T. La peau et les muscles peauciers et sterno-thyroïdiens, sont disséqués et rejetés sur les côtés de la tumeur ; puis l'opérateur détache la tumeur, moitié par incision, moitié par énucléation. Il est fréquemment obligé de s'arrêter pour lier des vaisseaux qui fournissent abondamment du sang. Ce sang, dont la couleur est noire, et dont l'écoulement se fait en nappe, est en grande partie du sang veineux. Quelques-unes des veines ont pu être liées avant d'être incisées; le plus grand nombre après l'avoir été. Les plus volumineuses provenaient de la partie inférieure et supérieure de la tumeur, quelques-unes avaient le volume d'un doigt. Les artères étaient en bien moins grand nombre : elles étaient placées sur les parties latérales de la tumeur ; ce sont elles surtout qui ont été préalablement liées. En somme, l'on fut obligé de placer 40 ou 47 ligatures. La perte du sang put être évaluée à une livre et demi environ. L'opération dura une heure dix minutes. La tumeur fut extraite en trois portions: la première, grosse comme le poing, nous a paru être le lobe de la glande thyroïde ; les autres, moins volumineuses, semblaient être des glandes lymphatiques, circonscrites, arrondies, tuméfiées comme de grosses noix, et situées dans le voisinage de la tumeur, à sa partie supérieure et à sa partie inférieure. Les ligatures ayant été coupées à rase, un linge fenêtré fut étendu sur la plaie et recouvert de charpie maintenue avec des compresses et une bande passée autour du cou.

Le malade avait supporté l'opération avec une grande résignation ; il n'a poussé quelques légers cris, qu'au moment où l'on pratiqua quelques-unes des ligatures. Vers la fin de l'opération ses lèvres et sa face se décolorèrent, il pâlit beaucoup, ce qui fit qu'on lui jeta quelques gouttes d'eau froide sur le visage, mais jamais il n'est tombé en une syncope complète, car même en ce moment, il pouvait répondre à nos questions. Vers le milieu de l'opération ayant demandé à boire, il prit un peu de vin qu'il vomit quelques minutes après. Ayant été reporté dans son lit, il n'éprouva ni frisson, ni aucun mouvement spasmodique ; la journée fut assez paisible. Le 27 mai (lendemain du jour de l'opération) : il n'a pas dormi la nuit ; point de délire, légère céphalalgie ; ce matin, une heure d'assoupissement; néanmoins il répond à toutes nos questions. La soif a été assez vive, il a bu quatre pots ; vers les quatre heures de l'après-midi, hier, il a vomi une fois après avoir bu. Point de coliques ni de selles, point de toux, ni crachats, aucun frisson. Vers les onze heures du soir il a beaucoup sué de la face; le pouls, ce matin, est régulier, à 124; hier il était à 150, assez développé. La langue est rose-pâle, humide, sans aucun enduit ni rougeur ; le malade demande à manger ; déglutition très-facile, respiration un peu sifflante, narines pulvérulentes. — L'appareil placé autour du cou est imbibé d'un sang noir. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Le malade se plaint d'éprouver dans la plaie quelques picotemens qui ont été assez vifs pour empêcher le sommeil, malgré une potion avec sirop diacode ℥ j. Il a bu quatre pots de petit lait, et a sucé une datte complète.

Ce matin, la bande passée autour du cou, et qui gênait le malade, a été retirée, ainsi qu'une grande partie de la charpie ; une compresse seulement est maintenue sur le reste de l'appareil.

La journée du 27 mai fut tout à fait semblable à celle de la veille, le malade eut encore quelques sueurs à la face ; un moment il éprouva une gêne légère à la gorge. Le pouls, ce matin, est à 124. La compresse placée hier sur l'appareil est imbibée d'une sanie sanguinolente. (Orangeade, trois pots.)

Le 28, jusqu'à une heure après midi, le malade fut très-paisible, alors il commença à s'agiter. Il ne paraît avoir éprouvé aucune espèce de frisson. A trois heures il est trouvé par M. Lediberder, dans l'état suivant : face souffrante, jaune pâle, lèvres décolorées, narines largement dilatées ; respiration élevée, à 38. On fixe difficilement son attention, mais peu de temps auparavant il avait parlé à la sœur de la salle ; point de selle ; ni de vomissement ; pouls fort, vibrant, 180. Une saignée de six onces est pratiquée ; immédiatement après le pouls est à 140. Le malade est froid, et ne paraît pas sentir.

Mort à six heures, sans convulsions.

Nécroscopie le 30 mai 1835, par un temps frais, à 7 heures du matin, 38 heures après la mort. — Raideur cadavérique très-prononcée dans les quatre membres; aucune coloration particulière à la partie antérieure du tronc, quelques vergetures violacées au dos.

Le sinus longitudinal supérieur de la dure-mère contient un caillot fibrineux blanchâtre, peu considérable, non adhérent.

L'arachnoïde est plutôt pâle qu'injectée : le tissu sous-arachnoïdien n'offre aucune infiltration ; la surface de l'arachnoïde offre plutôt une sécheresse extraordinaire ; les deux ventricules contiennent à peine une demi cuillerée de sérosité : la substance cérébrale est pâle et très-ferme ; elle n'offre d'ailleurs aucune autre particularité.

La plèvre gauche est sans aucune adhérence et sans épanchement. Le poumon gauche, considéré extérieurement, est gris blanchâtre : lobule plus lisse et légèrement violacé à sa partie postérieure. On trouve le long du bord antérieur quelques vésicules visibles, ayant les dimensions d'un gros grain de sable, régulières. La surface des coupes pratiquées dans le tissu de ce poumon offre, le long du bord supérieur du lobe supérieur et dans tout le lobe inférieur, des noyaux violacés diffus, se prolongeant dans l'épaisseur d'un pouce, légèrement grenus, s'écrasant facilement, et très-distincts par leur aspect et par leur consistance des parties voisines du poumon qui paraissent plus saines. Cet état ne

ressemble pas à l'hépatisation franche de la pneumonie ordinaire des adultes : il se rapproche plutôt de l'hépatisation pulmonaire chez les jeunes enfans. Les bronches ne contiennent point de mucosités. Leur membrane muqueuse est légèrement violacée, mais nullement épaissie.

La plèvre droite est sans adhérences ni épanchement. Le poumon droit est parfaitement sain dans ses deux lobes supérieurs. L'inférieur offre quelques points gris comme des *pois*, disséminés dans son épaisseur, offrant les mêmes caractères que les noyaux durs dans le poumon gauche.

Il n'existe point de tubercules, ni dans l'un, ni dans l'autre poumon.

Les ganglions bronchiques sont petits, noirâtres, résistans, non-tuberculeux.

Péricarde sans sérosité ni adhérences ; cœur un peu volumineux ; l'oreillette et le ventricule droits contiennent un caillot fibrineux, blanchâtre, très-résistant et très-adhérent à leurs parois. Le ventricule droit est assez dilaté ; ses parois offrent une ligne et demie d'épaisseur. Le ventricule gauche, également dilaté, offre un caillot assez analogue au précédent, mais un peu moins jaunâtre ; ses parois ont 5 lignes d'épaisseur. Les valvules sont partout libres, souples ; celles de l'aorte ont 11 lignes de largeur, et celles de l'artère pulmonaire, 11 lignes ; l'aorte, blanchâtre, sans ossification, contient du sang fluide sans caillot.

L'estomac, médiocrement dilaté, contient 3 ou 4 onces d'un liquide verdâtre ; la coloration générale en est blanchâtre dans toute son étendue ; un mamelonnement très-prononcé existe à la face antérieure, sur la face postérieure et près du pylore ; des mucosités assez adhérentes tapissent toute la surface de la membrane muqueuse ; cette membrane donne des lambeaux de l'épaisseur de 2 lignes, dans le grand cul-de-sac, de 5 à 6 sur les faces, et de plus d'un pouce le long de la petite courbure ; elle est extrêmement mince dans le grand cul-de-sac, et a 1 tiers de ligne d'épaisseur au niveau des mamelons ; aucune ulcération ni rougeur.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle est blanchâtre dans toute son étendue ; elle est tapissée par une matière jaune, n'offre aucune altération et donne partout des lambeaux de 3 à 4 lignes. Les glandes de Peyer sont à peine visibles ; cet intestin contient un grand nombre d'ascarides lombricoïdes.

Le gros intestin, dans toute son étendue, contient des matières fécales moulées ; sa membrane muqueuse est très-pâle. Les lambeaux en sont partout de 7 à 8 lignes, un peu cassans.

Les glandes mésentériques sont partout grosses comme de petits pois, légèrement rosées, nullement ramollies, ni tuberculeuses.

La rate a son volume ordinaire, et n'est pas ramollie.

Le foie est fauve-pâle, nullement ramolli, bien grenu, d'un volume ordinaire. La vésicule biliaire, médiocrement dilatée, contient une bile verdâtre et très-épaisse.

Les reins sont pâles, ont leur volume ordinaire et sont d'une bonne consistance. La vessie est médiocrement distendue et pâle.

La plaie n'offre aucun commencement de réunion ; elle offre de haut en bas 3 pouces 9 lignes, et 4 pouces dans sa plus grande largeur. Le fond en est grisâtre avec des points noirs et rouges, inégal ; au niveau de quelques-uns des enfoncemens, on distingue très-évidemment du pus louable, mais en très-petite quantité. En incisant les parties sur lesquelles repose ce fond de la plaie, on reconnaît du tissu cellulaire, des vaisseaux, et quelques glandes lymphatiques tuméfiées, blanchâtres ou rouges, mais ramollies ; quelques-unes de ces glandes laissent échapper un sang noir très-abondant. Au-dessous de la couche grisâtre, qui forme la couche la plus superficielle de la plaie, on rencontre une ecchymose plus ou moins considérable qui se prolonge sur tout le long du trajet des vaisseaux veineux, principalement le long de la veine jugulaire. Celle-ci est parfaitement intacte ; elle offre dans son intérieur un caillot fibrineux, blanchâtre ; mais ses parois sont entièrement libres et n'offrent aucune trace de pus. L'artère carotide est intacte, ainsi que les nerfs pneumogastriques et diaphragmatiques qui ont été soigneusement examinés. Plusieurs des veines et artères thyroïdiennes ont été suivies jusqu'au point de leur section dans la plaie ; ni les unes, ni les autres n'ont présenté rien de particulier. L'artère thyroïdienne inférieure droite offrait 9 lignes de largeur, tandis que la gauche n'en avait que six. L'inférieure à droite offrait 4 lignes.

La plaie est circonscrite en haut par les parties situées sous le menton, entre autres par la glande sous-maxillaire qui est parfaitement saine ; en bas, par le sternum et la clavicule ; en dehors, par les fibres du sterno-mastoïdien qui ne sont aucunement altérées ; en dedans, par les fibres du sterno-hyoïdien et thyroïdien incomplétement divisés, et par l'isthme de la glande thyroïde. C'est sur cet isthme que portait la section faite par l'opérateur dans une hauteur de un pouce et une épaisseur de quatre lignes environ.

Quant à la tumeur qui formait le goître même, la portion enlevée par l'opération était de la grosseur d'une orange moyenne.

A l'extérieur elle était bosselée et évidemment composée de plusieurs lobes ; sa structure comprenait différens tissus entourés d'une membrane cellulaire commune :

1° Un kyste contenant environ quatre ou cinq onces d'un liquide noirâtre ayant le reflet d'un vin d'Espagne. Dans ce liquide flottaient une infinité de petits grains jaunâtres arrondis, assez semblables à des grains de semoule, et qui se déposaient par le repos au fond du vase. Leur aspect était oléagineux.

2° Les parois du kyste étaient formées par une membrane interne très-lisse analogue à la synoviale des articulations, et par une seconde membrane extérieure ayant la résistance et l'aspect nacré d'un cartilage.

3° Autour du kyste et en d'autres points on retrouvait un tissu rougeâtre, granuleux, tout à fait semblable au tissu normal de la glande thyroïde.

4° Çà et là, dans l'épaisseur de la glande, de véritables irradiations osseuses, comparables à des ramifications vasculaires ossifiées; ces ossifications étaient entourées par le tissu sain de la glande.

Quant à la portion de la tumeur examinée après la mort sur le cadavre, nous avons trouvé qu'elle se composait également de plusieurs élémens :

1° De substance cartilagineuse déposée au centre de la tumeur, offrant une raie blanchâtre, dure, nacrée, de demi-ligne d'épaisseur, assez semblable à certaines cicatrices.

2° D'un kyste à parois cartilagineuses contenant une once environ d'un liquide jaunâtre.

3° D'un point véritablement osseux, gros comme une aveline.

4° De quelques points dans lesquels le tissu de la glande est presque comme à l'état normal.

5° De quelques autres dans lesquels ce tissu est infiltré d'une sérosité jaunâtre que l'on expulse facilement, et alors la glande reprend son aspect normal.

6° De quelques autres dans lequel tissu est évidemment ramolli, blanchâtre, avec des petits caillots sanguins au centre, offrant quelque analogie avec le tissu encéphaloïde, ou plutôt avec le tissu d'une glande lymphatique enflammée et ramollie.

Dans son ensemble, le volume de cette seconde portion ne dépassait pas celui d'une petite pomme d'*api;* les différentes sortes de substance qui la composaient offraient une forme lobulée, les lobules étant très-distincts les uns des autres, et réunis par un tissu cellulaire fibreux intermédiaire, absolument comme se présente une masse de ganglions lymphatiques indurés.

Le pharynx était rempli d'une mucosité très-abondante qui obstruait même l'orifice du larynx. La membrane muqueuse, ainsi que celle de l'œsophage, étaient pâles dans toute leur surface; les ligamens de l'épiglotte n'étaient ni épaissis, ni violacés; la glotte, béante comme dans l'état normal; les cordes vocales saines, ainsi que les ventricules. Le larynx et la trachée, remplis comme le pharynx, d'une mucosité spumeuse. La membrane muqueuse de la trachée dans toute son étendue, mais surtout au niveau du goître, offrait une injection notable; mais elle n'était ni épaissie ni ramollie.

En résumé, un homme de 22 ans, né dans un village près Paris, d'une constitution lymphatique, ayant eu sa grand-mère et l'un de ses frères affectés de goître, étant d'ailleurs lui-même d'une assez bonne santé, offre vers l'âge de 10 ans quelques symptômes de scrofules qui disparaissent, mais après lesquels persiste un engorgement de la glande thyroïde qui s'était manifesté à peu près à la même époque, et qui depuis ne cesse point de faire des progrès. Bien que ce goître n'entraîne aucun inconvénient grave pour la santé du malade, l'extirpation en est pratiquée. L'opération paraît d'abord avoir réussi, c'est-à-dire, qu'elle n'est suivie d'aucun des graves accidens primitifs qui accompagnent les grandes plaies. Cependant le malade meurt au bout de 56 heures environ après une courte agonie. Comme causes appréciables de la mort, l'autopsie ne révèle, indépendamment de la plaie produite par l'opération, qu'une pneumonie lobulaire du poumon gauche.

Plusieurs circonstances de cette observation méritent de fixer l'attention.

1° Nous voyons d'abord qu'elle est favorable à l'opinion de ceux qui considèrent le goître comme pouvant être héréditaire, car la grand-mère et l'un des frères de notre malade étaient comme lui affectés de la même maladie.

2° On pense généralement que le goître est endémique dans des localités qui présentent certaines conditions particulières, comme, par exemple, dans les vallées du Tyrol, de la Suisse, des Cevennes ou des Pyrénées. Mais n'est-il pas remarquable de retrouver des goîtres dans des circonstances tout autres, c'est-à-dire, dans un village situé non loin de Paris, au milieu d'une plaine? Je dois rappeler que M. Fodéré avait déjà fait observer que le goître se trouve chez des peuples qui habitent des lieux différens, et même très-élevés, soit de l'Écosse, de la Norwège, de la Laponie et de la Maurienne. M. Godelle (*Bibliothèque médicale*), a signalé le goître comme une maladie endémique dans plusieurs parties du Soissonnais, et depuis, cette maladie a été observée dans toutes les parties de l'Amérique.

3° Le développement du goître, dans l'observation actuelle, remonte à la même époque où se développèrent quelques tumeurs scrofuleuses autour du col. Il paraîtrait, d'après le dire de quelques auteurs, que ces deux maladies se compliquent fréquemment. Quelques-uns vont même jusqu'à les considérer comme étant deux formes d'une même diathèse. Mais toutes les différences sont dans l'étiologie, dans la marche et dans les symptômes de ces maladies, et elles ont été signalées par M. Fodéré. Nous croyons devoir faire remarquer que Girard Jouvain ne présentait point de tubercules dans les poumons. Il en fut de même du malade opéré par M. Dupuytren, et dont M. Rullier a donné l'observation (et cette observation est la seule observation de goîtreux ayant succombé, et dont l'autopsie a été faite avec soin, que nous ayons pu trouver). Or, chez les sujets scrofuleux, nous pensons, d'après nos observations à l'hôpital des Enfans, qu'il existe généralement des tubercules dans les poumons. Ne serait-il pas curieux de savoir si les goîtreux succombent à quelque maladie particulière, et si la durée moyenne de leur vie est moindre que la moyenne ordinaire de la vie dans le pays qu'ils habitent? Mais, d'après la recherche que nous en avons faite, nous pouvons affirmer qu'aucun travail semblable n'existe.

4° Il n'existe, en effet, presque aucune observation proprement dite de goître. L'histoire de cette difformité ne se trouve que dans des traités généraux; de sorte que beaucoup de points de cette histoire sont nécessairement très-incertains. Je citerai notamment la question de savoir si le goître est susceptible de dégénérer en cancer; question si importante par rapport à l'opportunité de l'opération. Beaucoup de chirurgiens résolvent cette question affirmativement, e c'est une des

raisons qu'ils allèguent en faveur de la nécessité de l'opération. D'autres auteurs, au contraire, combattent cette opinion. Voici les paroles de M. Rullier (*Dictionnaire des sciences médicales*) :

« La dégénérescence carcinomateuse et cancéreuse du goître est encore universellement admise ; mais elle est probablement assez rare, car peu d'auteurs en citent des observations particulières, et jamais nous ne l'avons rencontrée, soit dans les hôpitaux, soit dans les amphithéâtres d'anatomie. Lieutaud dit à ce sujet qu'il est très-rare que le goître devienne cancéreux. »

Nous devons faire remarquer que, dans l'examen du goître de Girard Jouvain, plusieurs points de la tumeur eussent pu passer pour être formés par de la matière *encéphaloïde*.

Mais la circonstance la plus importante de cette observation est sans contredit l'opération à laquelle elle donna lieu. Considérée sous ce point de vue, nous avons voulu rapprocher cette opération de quelques autres semblables qui existent dans les Annales de la science, afin de voir s'il était possible de tirer quelque conclusion par rapport au danger ou bien aux avantages de cette opération.

Pour cela nous avons dû examiner d'abord ces autres observations elles-mêmes, afin de juger quel degré de confiance elles pouvaient mériter.

Nous avons d'abord trouvé que plusieurs auteurs qui se sont occupés du même travail que nous, notamment MM. Rullier, Velpeau et Hedenus, se plaignent que la plupart de ces observations sont faites avec si peu de soin qu'il n'est pas possible de distinguer si c'est un goître véritable ou tout autre tumeur du cou qui a été excisé. Le dernier de ces auteurs dit :

« *Minimæ parti observationum chirurgicarum quæ de glandulæ thyreoideæ extirpatione hucusque extant fidem omnem dare atque attribuere possum. Nam plurimi observatores accuratiorem descriptionem et adumbrationem illarum partium quas sub operatione lædebant imprudenter negligunt; levique calamo et obiter pertractant ita quidem ut lector attentus, ex manca operationis unius historia vix glandulam thyreoideam excisam, tumor eo verò potius folliculos extirpatos esse auguretur.* »

En second lieu, plusieurs de ces observations sont dans les journaux allemands. Telles sont les opérations de goître pratiquées par Vogel, Théden, Freytag, Semhker. Ignorant la langue allemande, je ne puis en apprécier la valeur, mais je me suis convaincu que tous les auteurs français qui en ont fait mention n'en ont parlé que par tradition (notamment Bichat et Velpeau) sans remonter aux sources mêmes.

D'après le nombre des citations, ils semblerait que c'est en Allemagne que l'extirpation du goître a été tentée le plus souvent. M. Hedenus fils dit que son père l'a pratiquée six fois avec succès ; mais il n'en cite aucun exemple. Suivant le même auteur, Graefe l'aurait pratiquée trois fois, et il en donne l'une des observations avec de grands détails. En résumé, l'opinion des chirurgiens allemands paraît être favorable à l'extirpation du goître, car nous voyons M. Hedenus s'écrier : « *Quantâ admiratione, quantâque laude chirurgi animus, manuumque firmitas digna sunt qui glandulam thyroideam strumosam extirpare audeat.* »

Cette opération n'a été pratiquée que deux fois en Angleterre, ou du moins nous n'en trouvons que deux exemples, et c'est dans les *Médical and surgical observations* de Gooch.

Dans l'un de ces cas, le malade, affaibli par une hémorrhagie considérable, dont on ne put jamais se rendre entièrement maître (*I was informed the blood was neves totally stopl*), mourut en moins d'une semaine. Dans l'autre, la malade ne fut sauvée de l'hémorrhagie que par une compression pratiquée pendant plusieurs jours de suite par des aides qui se succédaient.

On peut dire qu'en général l'opinion des grands chirurgiens anglais est peu favorable à l'extirpation du goître. Samuel Cowper en parle brièvement contre son habitude.

En France, cette extirpation a été tentée plusieurs fois, deux fois par Desault ; dans l'un de ces cas, le malade sortit guéri de l'hôpital. L'observation en a été donnée avec assez de détail par Giraud. Nous ne savons pas néanmoins ce que devint le malade après son départ de l'hôpital. L'autre cas fut suivi de la mort du malade ; il ne fut point rendu public. MM. Rullier et Boyer blâment à cette occasion Desault, de n'avoir point fait connaître son insuccès, de même qu'il avait fait connaître le succès. M. Brun, dans sa thèse, dit qu'il a vu une opération de goître, entreprise par un chirurgien de province, être suivie d'une hémorrhagie mortelle sur-le-champ. M. Rullier parle d'une opération de goître, à laquelle avait assisté Percy, et qui entraîna également la mort par l'hémorrhagie. Enfin, Dupuytren a tenté deux fois cette opération, et quelle que fût son habilité, dans les deux cas la mort eut lieu. L'histoire de l'une de ces opérations a été rapportée fort soigneusement par M. Rullier (dans sa thèse, 1808); l'autre opération, qui fut faite en 1831, n'a pas été publiée. L'opération fut interrompue par une hémorrhagie dont on se rendit maître à l'aide d'une ligature.

Ainsi, de tous les faits de goîtres qui sont mentionnés dans les auteurs, nous n'en trouvons que trois qui sont décrits avec assez de détail pour donner lieu à quelques rapprochemens avec l'observation présente. C'est, 1° l'observation de Desault, rapportée par Giraud; celle de Dupuytren, par M. Rullier, et celle de M. Graefe, par M. Hedenus.

Or, en rapprochant ces faits, nous voyons que, de ces quatre opérations, deux furent suivies de guérison, et deux de mort.

Dans les deux cas de guérison (celui de Desault et de Graefe) il n'y eut qu'un lobe de la glande qui fut extirpé.

Dans le cas de mort rapporté par Dupuytren, la totalité de la glande fut extirpée ; mais dans le cas présent, M. Roux s'est borné à n'enlever que le lobe droit de la tumeur.

Dans aucune de ces quatre opérations, faites il est vrai par des chirurgiens fort habiles, il n'y eut d'hémorrha-

gie ; dans plusieurs des faits rapportés brièvement par les autres auteurs, nous voyons cependant que l'hémorrhagie fut un accident mortel. Les précautions prises pour éviter l'hémorrhagie furent les mêmes pour les quatre chirurgiens, c'est-à-dire la ligature des veines et des artères, soit avant, soit après leur incision.

Galien, Aétius et Albucasis (d'après M. Hedenus) rangent parmi les dangers de cette opération, la section du nerf récurrent. A la suite de cette section, Galien a observé qu'un individu était devenu muet. Dans les quatre cas en question il n'y eut rien de semblable.

Les procédés opératoires furent à peu près les mêmes ; Desault et M. Roux employèrent l'incision en T ; Dupuytren, une incision cruciale ; et M. Graefe une incision elliptique, qui circonscrivait une portion de peau. Desault et Dupuytren détachèrent la tumeur par la dissection. M. Graefe et M. Roux la détachèrent moitié par dissection, moitié par énucléation. La tumeur enlevée par Dupuytren était sans contredit la plus volumineuse de toutes. Elle était égale à la tête d'un enfant. Celle de Desault paraît avoir été de la même dimension que celle de M. Roux ; quant à celle de M. Graefe, elle était évidemment de moindre dimension, n'ayant que deux pouces de circonférence. Le malade de Dupuytren est mort après 36 heures, celui de M. Roux, après 56 ; tous les deux ont présenté dans les derniers temps de la vie des symptômes assez analogues, une grande gêne de la respiration, de la pâleur.

Après la mort, les plaies, dans les deux cas, ont offert un état à peu près analogue, c'est-à-dire une suppuration à peine commençante. Nous avons trouvé une pneumonie lobulaire, une pâleur et une sécheresse du cerveau bien remarquables. M. Rullier dans son observation, dit que les poumons étaient sains et le cerveau injecté. Malgré la pneumonie lobulaire qui existait dans notre cas, nous croyons que la mort du sujet, comme dans le cas de Dupuytren, doit être attribuée à la gravité de l'opération.

Dans les deux cas de guérison, le malade opéré par Desault éprouva à peine un peu de céphalalgie et de fièvre. Il guérit en six semaines. Le malade opéré par M. Graefe au troisième jour après l'opération, ressentit une gêne considérable de la déglutition et de la respiration, et il fut dans un état presque aussi grave que les deux malades qui ont succombé. Il guérit en deux mois environ.

Assurément ces faits sont trop peu nombreux pour pouvoir apprécier le degré de gravité que peut présenter l'extirpation des goîtres ; mais si l'on considère que le goître n'est peut être pas susceptible de la dégénérescence cancéreuse, ou du moins qu'il ne l'est que très-rarement ; que cette difformité, extrêmement fréquente dans certains pays, n'entraîne dans la majorité des cas, presque aucun inconvénient pour la santé, on rangera cette opération parmi les opérations de complaisance que les chirurgiens prudens ne doivent presque jamais entreprendre. « *I have had my opinion asked in a great number of tumors of this kind and cannot recollect an instance of their and angering life, even when enlarged to a very great size.* (Gooch, *Médical and surgical Observations*, tom. 3.)

Mémoire sur l'introduction des vers dans les voies aériennes ; par L. Abonssoun, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg.

La présence accidentelle de l'*ascaris lombricoïdes* dans les voies aériennes, est une cause de mort sur laquelle l'attention des médecins n'a encore été que très-peu fixée jusqu'à présent. Cela vient sans doute de l'extrême rareté de ce genre d'accident. En effet, lorsqu'en 1822 il s'offrit à moi pour la première fois, je ne pus trouver des cas analogue dans les auteurs, si ce n'est celui que rapporte sommairement Haller. Je crois donc qu'il ne sera pas sans utilité de réunir le petit nombre d'observations que la science possède sur ce sujet important, et d'y joindre celles qui me sont propres.

Obs. I. — Haller rapporte le fait en ces termes : *Denique inter rariores mortis causas fuisse puto quam in puellâ decenni vidi. Eam reperimus cum omnibus visceribus sanissimis, unicè verminosam, et fauces atque os lumbricis plenum, dua verò de tereti genere vermes in asperâ arteriâ, ad cordis sedem ; inquè principio pulmonis aperti sunt, manifesti suffocationis autores.* (*Opuscula pathologiæ*, in-8°, Lausannæ, 1768, p. 26; obs. 10e.)

Le fait que j'ai recueilli en 1822, et que je m'étais contenté d'enregistrer, après avoir déposé la pièce anatomique au musée de la Faculté (N° 534, *a*), est le suivant :

Obs. II. — Barbe Roquet, petite fille bien constituée, âgée de 9 ans, fut mordue par un chien le 13 novembre 1822. La morsure consistait dans une dilacération de l'angle de la bouche au côté droit, de plus d'un demi-pouce d'étendue.

Le lendemain, on vint réclamer des secours à l'hôpital : la plaie, dont les bords étaient inégaux, fut réunie par un point de suture. Il survint de la suppuration, et la cicatrisation ne fut complète que le 18e jour.

Aucun symptôme alarmant ne s'était manifesté, et l'enfant continuait à jouir d'une très-bonne santé, lorsque, le 30 décembre (46e jour après la morsure), se rendant à l'école, à deux heures après-midi, il survint subitement de la gêne dans la respiration. L'on attribua cette indisposition à un vent assez violent, contre lequel l'enfant avait été obligée de marcher. De retour à quatre heures, elle demanda à se mettre au lit, et refusa toute nourriture, se plaignant beaucoup de la difficulté qu'elle éprouvait à respirer.

La dyspnée augmenta pendant la nuit ; la petite malade ne pouvait rester couchée, et grinçait souvent les dents.

Le 8me jour, il se joignit à l'état précédent de fortes sueurs, résultat de l'agitation continuelle que la malade ne pouvait maîtriser, bien qu'elle jouît de toute sa présence d'esprit. Ce n'était qu'à force d'instances et à

de longs intervalles, qu'on parvenait à lui faire avaler une cuillerée d'infusion de valériane. Ce remède était prescrit par un médecin qui regardait ces symptômes comme hydrophobiques. Il y avait en outre suppression des urines. A une heure après minuit, l'enfant prédit sa fin prochaine, et fit ses adieux à ses parens.

Plus tard elle fut prise de vomissemens d'un liquide noirâtre.

Le 3e jour, à six heures du matin, il survint des crachottemens continuels; l'enfant rapportait tout son mal à la partie antérieure et moyenne de la poitrine. A une heure après midi, ayant témoigné le désir de boire, on lui présenta un verre d'eau sucrée qu'elle vida avec avidité et par petites portions. Aussitôt après elle vomit ce liquide et se dit soulagée. Bientôt après elle demanda des alimens qu'elle vomit aussitôt après leur ingestion. Puis il survint un tremblement général dans les membres, suivi de convulsions et de trismus. Enfin, à une heure et demie, la mort termina cette scène de désolation; et cette enfant, qui, quarante-sept heures auparavant paraissait pleine de santé, périt au milieu des plus terribles angoisses.

Ces renseignemens ont été puisés auprès du médecin qui a traité cette jeune fille, et auprès des personnes qui l'ont soignée.

Comme un autre enfant avait été mordue par le même chien, en même temps que la petite fille, je parvins à convaincre les parens de l'importance qu'il y avait à rechercher la cause d'une mort attribuée à l'hydrophobie. Ils consentirent à l'autopsie du cadavre, et je priai le docteur Ehrmann (professeur actuel d'anatomie) de m'accompagner.

Quarante-huit heures après la mort, nous fîmes l'examen du cadavre avec la plus scrupuleuse attention, sans pouvoir rien découvrir d'anormal, si ce n'est la présence de trente-sept trongles (*ascaris lombricoïdes*), dont l'un, d'environ cinq pouces de longueur, se trouvait engagé en partie dans la trachée artère, et en partie dans la bronche droite : la membrane muqueuse de ce dernier conduit était injectée, et recouverte de mucosités rougeâtres. L'estomac contenait deux de ces vers; le duodénum, huit, et le jéjunum vingt-six.

Il est encore à remarquer que les circonstances dans lesquelles la morsure a eu lieu, semblent prouver que le chien n'était pas atteint de rage. D'ailleurs l'autre enfant continua à jouir constamment d'une bonne santé, bien qu'on eût négligé de prendre des précautions pour la préserver de cette terrible maladie.

Douze années plus tard, je lus dans un ouvrage que venait de publier M. Blandin, les lignes suivantes :

Obs. III. — Étant interne à l'hôpital des enfans, j'ai recueilli l'observation d'un petit malheureux qui fut étouffé par un énorme vers ascaride lombricoïde, qui était remonté de l'estomac, et s'était placé dans la trachée artère, et dans la bronche droite (*Traité d'Anatomie topographique*, 2e édit., 1834, page 199).

Il est à regretter que ce chirurgien distingué n'ait fait, pour ainsi dire, que mentionner ce cas, sans indiquer quels étaient les symptômes qu'il a observés du vivant de l'enfant, et quelles étaient les traces que cet entozoaire a pu laisser après la mort, dans le tube aérien.

Un fait analogue a encore été observé à Paris, à l'hôpital des Enfans, au commencement de 1835. Il a été consigné dans le *Bulletin général de Thérapeutique*. Dans ce cas, à la vérité, le ver n'a pas été trouvé dans les voies aériennes, mais il s'est rencontré encore vivant dans le pharynx.

Obs. IV. — L'enfant qui fait le sujet de cette observation est une petite fille de 9 ans, qui, après deux jours de prodrômes de rougeole, éprouva subitement une anxiété extrême, une gêne très-grande de la respiration, une vive douleur à la gorge; où elle portait souvent la main, comme pour en arracher l'obstacle qui s'opposait au passage de l'air; avec cela, vains efforts de toux et asphyxie imminente. Mort enfin, 2 heures après son entrée à l'hôpital.

Il est très-probable que ces événemens qui se sont succédés si rapidement, et ont été si promptement suivis de mort, étaient dus à l'introduction du ver dans le larynx, qu'il aura quitté dans les vingt-quatre heures qui ont précédé l'ouverture du corps, pour se loger dans le pharynx, où il a été trouvé encore en vie, et ayant six pouces de longueur.

Tous les organes ont été trouvés à l'état normal, à l'exception d'un pointillé rouge assez vif qu'a présenté la muqueuse de l'estomac; vingt vers lombrics étaient contenus dans l'intestin.

On pourrait objecter ici que la muqueuse du larynx, de la trachée, ainsi que celle des bronches, ayant offert une teinte d'un ton pâle, rien ne prouve que le ver trouvé dans le pharynx ait pénétré dans l'intérieur de ces organes; mais cela devient infiniment probable, si on considère que ce séjour a dû être très-court, la mort étant survenue peu d'heures après l'explosion des accidens étrangers du reste à toute autre affection; et que, par conséquent, il n'a pu s'établir d'autre lésion qu'un état hypérémique qui se sera dissipé par l'effet même de la mort.

L'accident qui nous occupe n'a pas toujours une issue aussi funeste, comme le prouve le fait que je vais rapporter.

Obs. V. — Mademoiselle Philippine L., âgée de 8 ans, jouissant de la meilleure santé, fut prise tout à coup et sans cause connue, d'une toux qui, en peu d'instans, devint très-forte et continua d'augmenter en s'accompagnant de suffocation, malgré tout ce qu'on pût faire pour la calmer.

Cet état d'angoisse durait depuis deux heures, et déjà des convulsions commençaient à s'y joindre, lorsqu'à la suite de grands efforts la petite malade rendit un strongle vivant. Aussitôt sa toux cessa complétement. On ne put avoir aucun doute sur la cause de cette toux violente avec imminence de suffocation; car l'effet cessa dès que la cause toute matérielle fut expulsée des voies aériennes.

Jusqu'à présent je n'ai eu qu'à signaler des cas survenus chez de jeunes sujets. Je vais terminer l'exposition

des faits par l'histoire d'un accident semblable, devenu mortel, chez un homme déjà avancé en âge.

Obs. VI. — George Schweig, cultivateur, âgé de 52 ans, ancien militaire, ayant reçu plusieurs blessures, maigre, d'ailleurs bien constitué, demeurant dans un lieu humide près de Strasbourg, jouissait d'une assez bonne santé, à l'exception d'une dyspnée qui était devenue habituelle. L'automne dernier, toute sa famille fut atteinte de la miliaire : épuisé par les soins qu'il avait donnés aux siens, et couchant d'ailleurs dans la même chambre, il ne tarda pas à ressentir lui-même les symptômes précurseurs de cette maladie (1). Il réclama alors les soins du docteur Hœring, qui a bien voulu me communiquer les détails que l'on va lire.

Le 26 octobre, ce médecin trouva le malade dans l'état suivant : Prostration extrême des forces avec douleurs et engourdissement des membres : alternatives fréquentes de froid et de chaud ; langue chargée ; anorexie ; sécheresse de la bouche ; céphalalgie ; soif très-grande, et surtout dyspnée. (Limonade légèrement émétisée ; sinapismes volans.)

2e jour. Nuit très-agitée ; sueur abondante et fétide ; dyspnée plus forte ; incontinence d'urine ; soif inextinguible ; constipation. La limonade émétisée n'avait pas été prise. (Saignée du bras de 12 à 16 onces ; huile de ricin 2 onces.)

A deux heures de l'après midi, 5 selles ; diminution considérable de la dyspnée, après la saignée, dont le sang ne présente rien de remarquable. Le soir, la dyspnée augmente de nouveau ; chaleur et pouls fébriles.

3e jour. Pendant la nuit, anxiété, pesanteur de tête ; vertiges ; bourdonnement d'oreilles ; symptômes qui subsistent encore le matin. (12 sangsues derrière les oreilles ; frictions à la base de la poitrine avec l'onguent mercuriel stibité ; vésicatoire aux mollets ; lavement et quelques grains de calomel.)

Pendant la journée, légère amélioration ; la nuit, exacerbation de tous les symptômes.

4e jour. Éruption pustuleuse à la région épigastrique ; tête plus libre ; urine rouge et en petite quantité ; sueur abondante ; persistance de la dyspnée. (Le calomel est continué à doses graduellement augmentées.)

5e jour. Pendant la nuit, la dyspnée a encore augmenté ; la soif a été très-grande, et il est survenu de la diarrhée et de l'incontinence d'urine, tandis que les sueurs se sont supprimées. Dans la matinée, accès très-intense de dyspnée ; agitation continuelle ; plusieurs personnes ont de la peine à retenir le malade dans son lit. (Potion calmante.)

Le soir, le malade est plus tranquille ; mais plus tard, la dyspnée s'aggrave de nouveau de la manière la plus alarmante.

6e jour. Agitation continuelle ; suffocation imminente à plusieurs reprises ; pendant la journée, difficulté extrême de la respiration, qui devient sifflante ; déglutition pénible ; le malade ne perd pas connaissance ; il se fait comprendre par gestes, ne pouvant plus parler ; il indique sans cesse la partie supérieure du sternum, comme le siége principal de ses souffrances ; vers 2 heures, la région épigastrique se tuméfie considérablement ; la dyspnée s'accroît de nouveau jusqu'à la suffocation, et le malade meurt subitement à 4 heures du soir, au moment où on se disposait à lui donner un vomitif.

Autopsie cadavérique faite quarante-deux heures après la mort. — *Habitus* extérieur ne présentant rien de remarquable ; nulle trace de l'exanthème miliaire ; tous les viscères thoraciques et abdominaux à l'état normal, la rate seule un peu plus volumineuse. Déjà M. le docteur Hœring était disposé à attribuer cette mort subite, sans lésion cadavérique, à une paralysie des nerfs pneumogastriques, due au principe miliaire, lorsqu'il lui vint à l'idée d'inciser le larynx et la trachée-artère ; dans cette opération exécutée avec des ciseaux, il coupa en deux un lombric qui s'était logé en travers sur la bifurcation de la trachée ; la membrane muqueuse était injectée, et offrait dans un point une érosion superficielle. L'endroit où était placé le ver correspondait à celui auquel le malade rapportait la douleur et le sentiment de constriction.

Les symptômes que présentait ce malade dans les derniers momens de son existence, étaient évidemment produits par la présence du strongle dans le tube aérien. L'érosion avec injection vasculaire de la muqueuse, qui a persisté quarante-deux heures après la mort, dans l'endroit même où s'est rencontré le ver, ne laisse aucun doute non plus sur son introduction durant la vie. Ce qui est difficile à déterminer, c'est le moment où l'entozoaire a passé des voies de la digestion dans celles de la respiration. Cette difficulté tient à ce que Schweigt était depuis longtemps asthmatique, et se trouvait en dernier lieu atteint d'une maladie qui offrait, pour principal symptôme, un trouble marqué dans la respiration. Il paraît toutefois que l'accident a eu lieu le cinquième jour ; car dès lors les symptômes ont pris un caractère de gravité qu'ils n'avaient point précédemment, et le lendemain, le malade privé de la parole désigne lui-même le siége de son mal.

Quoique le nombre des faits parvenus à ma connaissance ne se monte qu'à six, dont la moitié m'est propre, je ne doute pas qu'un pareil accident ne soit arrivé bien plus fréquemment, et je pense qu'il suffira de réveiller l'attention des médecins sur ce phénomène, pour en voir se multiplier les observations. Je vais, toutefois, déjà tirer de ce qui est connu, quelques inductions, qui, je l'espère, ne seront pas sans quelque utilité pour le médecin praticien.

(1) La miliaire est une maladie endémique dans plusieurs contrées de l'Alsace, et se présente souvent avec le caractère contagieux : nous en trouvons un exemple dans cette malheureuse famille ; non-seulement tous les membres en furent atteints, mais encore quatre personnes qui vinrent les visiter. Je renvoie au reste pour cette matière à un excellent travail d'un de mes élèves les plus distingués. (*Essai historique et pratique sur la miliaire*, présenté à la faculté de médecine de Strasbourg, par G. Maugin. 1834. In-4°).

Nous voyons d'abord que, sur six cas, l'accident est arrivé cinq fois chez des enfans de 8 à 9 ans, parmi lesquels il y avait quatre filles. Cette prédilection pour la première enfance et pour le sexe féminin, tient évidemment à la prédominance lymphatique favorisée par cette double circonstance, et qui elle-même est si liée, comme on le sait, avec ce qu'on a appelé diathèse verminense.

D'autre part, l'observation sixième prouve que, même à un âge avancé (52 ans), l'introduction des vers dans les voies aériennes peut avoir lieu, et provoquer des accidens mortels; mais cette cause ne deviendra ici présumable, qu'autant que le sujet, comme celui de notre observation (6e), se trouvera dans des circonstances favorables au développement des vers; c'est ainsi que ce pauvre père de famille, déjà très-valétudinaire, était en proie au chagrin et réduit à une mauvaise nourriture.

Les symptômes qui peuvent faire reconnaître cet accident diffèrent, selon que le ver se trouve dans le larynx ou dans la trachée-artère, vers la bifurcation de laquelle il doit parvenir tout d'abord. Dans le premier cas il y aura, comme dans les observations 4e et 5e, de forts accès de toux avec imminence de suffocation, et mort par asphyxie, si le ver ne se dégage pas de la glotte; les malades portent sans cesse la main vers cet organe, comme pour en arracher l'hôte incommode qui s'y débat. Celui-ci est-il déjà parvenu dans la trachée, la toux sera moins intense; il y a plutôt de la dyspnée et de l'orthopnée *par accès* avec grande agitation, vomissemens, incontinence d'urine, comme dans les observations 2e et 6e; ici, la mort est précédée de convulsions (obs. 2e), ou a lieu (obs. 6e), comme si le poumon, fatigué d'une lutte incessante, se trouvait tout à coup privé de toute innervation.

Je ne m'arrêterai pas à établir le diagnostic différentiel qui fera distinguer les symptômes dus à l'accident qui nous occupe, d'avec ceux du croup, de l'asthme de Millar et de l'œdème de la glotte: tout médecin pourra le déduire de la comparaison des phénomènes mentionnés avec ceux de ces maladies. Un signe précieux sera l'indication fournie par le malade, d'un obstacle fixe et local qui gêne la respiration, comme cela a eu lieu dans plusieurs de nos observations.

Les moyens à employer seront: 1° de porter aussitôt le doigt vers la glotte pour en retirer le ver, si on y reconnaît sa présence; 2° si cette manœuvre est infructueuse, on imitera ce que la nature a fait dans notre observation 5e; on fera faire des efforts d'expiration; on titillera la luette pour exciter le vomissement, et au besoin on aura recours à un vomitif à effet prompt; 3° enfin, dans l'insuffisance de ces moyens, quand tous les signes se réuniront pour faire croire à la présence d'un ver dans la trachée ou dans le larynx, on se décidera à faire la trachéotomie.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE

HOMŒOPATHIQUE.

DÉCEMBRE 1835.

Idées sur la réduction en corps de science du système de la médecine homœopathique; par le docteur T.-L. Rau.

(Premier article) (1).

J'exerçais la médecine depuis vingt-deux ans, lorsque l'*Organon* de Hahnemann me tomba entre les mains : je le lus, non dans l'intention de devenir homœopathe, mais pour me mettre à portée d'apprécier par moi-même, tant la méthode vantée par les partisans peu nombreux encore qu'elle comptait à cette époque, que les argumens par lesquels ses adversaires les réfutaient. N'ayant point la prétention de juger seulement d'après les vues théoriques de l'ancienne école une doctrine fondée sur une loi expérimentale pure, je crus nécessaire de la mettre à l'essai. Quoique mes premières tentatives eussent été couronnées d'un succès extraordinaire, cependant il fallut encore un laps de douze années pour me convaincre que l'homœopathie a des avantages inappréciables, et qu'elle peut beaucoup plus que ce que j'aurais d'abord osé attendre de sa part. Ma conviction à cet égard est devenue trop profonde pour que les attaques non ménagées et parfois réellement injustes des adversaires de la nouvelle doctrine aient pu me détourner de lui consacrer sans partage mon attention. Je ne me suis pas trompé non plus dans l'espoir que ces attaques n'auraient d'autre résultat que de contribuer au développement de la doctrine même.

Je dois avouer que ma prédilection pour une pratique rationnelle ne m'a pas permis de soigner comme un enfant adoptif le principe trouvé empiriquement par Hahnemann, que, loin de là, je me suis longtemps attaché à chercher les causes de la nécessité des guérisons homœpathiques par l'analyse des forces générales et particulières de la nature. Ce qu'on va lire est le résultat de mes investigations et de mes réflexions. Je suis fort éloigné de le considérer et de vouloir le donner comme un système parfait : je ne le regarde que comme les prolégomènes d'une thérapeutique générale future; je me croirai assez récompensé si quelques-unes de mes idées peuvent servir à ce but, et si je contribue à détruire l'opinion que l'homœpathie est une méthode purement mécanique, qu'elle n'a aucun besoin de la science, et qu'elle entrave même la marche de cette dernière.

Il y a déjà longtemps que des médecins sincères et d'une grande réputation se sont plaints du manque de certitude de la médecine. Plusieurs écrivains modernes ont parlé dans le même sens; ils ont signalé les côtés faibles de notre art, l'ont mis ainsi en butte aux sarcasmes du public, et ne se sont pas fait scrupule d'avouer qu'en beaucoup de cas c'est un bonheur quand le médecin, réduit à l'impossibilité de procurer des secours certains, ne nuit au moins pas d'une manière positive. De tels jugemens défavorables doivent nous attrister profondément, surtout lorsque nous jetons les yeux sur la masse énorme des livres qui se sont accumulés depuis deux siècles, et sur celle des observations qui ont été publiées; lorsque nous pesons tous les efforts que nos prédécesseurs ont faits pour asseoir la médecine sur des bases solides; lorsqu'enfin nous nous représentons les continuelles fluctuations de tant de doctrines, anciennes et modernes, fruits de la réflexion et d'une application assidue. Dans notre tendance à découvrir la vérité, un retour sur les travaux passés doit nécessairement nous conduire à examiner pourquoi nous ne sommes point encore arrivés jusqu'ici au principe fixe que nous cherchons depuis si longtemps. S'est-on proposé un but auquel on ne puisse atteindre, ou bien seulement s'est-on trompé de chemin pour y arriver ?

D'abord il n'y avait que des observations éparses sur l'efficacité de certains moyens dans certaines formes de maladies, et l'on se servait de ces observations pour guérir des formes analogues par l'emploi des mêmes moyens. Il serait difficile de déterminer si c'est le hasard ou l'instinct qui a conduit à la connaissance empirique et fort imparfaite de la vertu médicamenteuse de certaines substances. Cependant on fut engagé par là à essayer d'autres substances, et de cette manière on posa peu à peu les bases d'une matière médicale. Peut-être que quand les hommes étaient moins éloignés de l'état de nature, et que les formes de leurs maladies avaient probablement plus de simplicité, il était plus facile de guérir ces dernières, avec le secours de l'analogie, que quand les progrès de la civilisation et le mélange des nations eurent fait naître les complications les plus variées. L'insuffisance reconnue de la méthode empirique qui procédait d'après une comparaison superficielle de phénomènes analogues, fit bientôt sentir la nécessité d'approfondir davantage l'étude de la médecine, et l'on s'aperçut que l'anatomie était indispensable pour apprendre à connaître la formation or-

(1) Pour ne pas scinder ce travail nous avons dû puiser le 1er article dans le cahier de septembre 1835.

(*Note du Rédacteur.*)

ganique des parties. A ces recherches sur la structure se joignirent immédiatement des investigations téléologiques sur la destination de chaque organe, et lorsqu'on eut acquis quelques données à cet égard, on voulut aussi scruter les causes des actions organiques. De là naquit peu à peu la physiologie, que l'on cultiva avec zèle, comme appui de la pathogénie et de la pathologie. Du reste la connaissance de la structure des parties ne pouvait que fournir quelques lumières sur la modalité de ces actions, expliquer par exemple pourquoi la présence d'un polype dans l'aorte arrête la circulation, pourquoi la digestion souffre et la jaunisse survient quand les conduits biliaires sont obstrués, pourquoi des tubercules dans les poumons rendent la respiration difficile, etc. Mais la cause proprement dite de toutes les actions nous est demeurée cachée jusqu'à ce jour : car ni la fine anatomie, ni la physique, ni la chimie ne pouvaient la faire découvrir. Il n'était pas possible d'expliquer les fréquentes anomalies des fonctions malgré l'intégrité de la structure organique, par exemple, les stases de la circulation, le cœur et les vaisseaux sanguins étant sains, ou la jaunisse, le foie n'étant pas malade, autrement que par les résultats de recherches spéciales sur la force vitale inappréciable aux sens. Or ici l'imagination avait une libre carrière. Si l'on s'était borné à considérer ce qu'on nomme force vitale, ou principe de la vie, comme le point au delà duquel on ne peut plus s'élever, la partie historique de la médecine n'aurait point été surchargée d'un si grand nombre d'hypothèses. Mais je ne veux par fouiller dans nos annales pour montrer comment on a eu recours tantôt aux mathématiques ou à la chimie pour expliquer ce qui est inexplicable, et comment l'application des divers systèmes de la philosophie des écoles a servi à embrouiller les esprits, à mettre en crédit, au moins pour quelque temps, les principes les plus contradictoires. Je veux seulement rappeler l'ardeur avec laquelle la doctrine du gastricisme fut soutenue presque jusqu'à la fin du tiers passé de notre siècle, comment ses partisans se sont efforcés de provoquer l'expulsion de saburres imaginaires, aux dépens de l'énergie des organes digestifs, par une foule de substances purgatives, dont l'emploi ne faisait qu'engendrer de véritables saburres et tirer les maladies en longueur. A cette méthode évacuative le brownisme substitua hardiment les armes d'une tout autre espèce avec lesquelles il attaquait l'ennemi, savoir une faiblesse prétendue, qu'il regardait comme la cause principale et la plus fréquente de toutes les maladies. La simplicité de cette doctrine était séduisante, surtout pour les praticiens jeunes et inexpérimentés, qui trouvent beaucoup plus commode de se livrer à des généralisations superficielles en nosologie, que d'étudier avec soin les rapports dynamiques dans chaque cas de maladie. Aussi le brownisme trouva-t-il bientôt une nuée de partisans, qui, pénétrés d'un véritable esprit révolutionnaire, frappèrent d'anathème tous les dogmes des autres écoles. Cependant les résultats malheureux de cette méthode incendiaire s'accumulèrent à tel point qu'on fut obligé d'y mettre plus de réserve, et qu'on finit par reconnaître la nécessité de s'en détacher. Au moins ne se trouve-t-il guère plus de médecins qui osent professer hautement les principes du brownisme, quoiqu'il y en ait encore beaucoup qui le retiennent dans leur tête, qui ne puissent pas renoncer à l'idée préconçue d'asthénie, et qui se laissent entraîner par elle à convertir de légères incommodités en maladies des plus dangereuses par l'emploi de violens excitans. Cependant ce qu'il y avait de bon dans les principes de Brown survécut au naufrage, c'est-à-dire qu'on ne perdit pas de vue la nécessité de considérer les maladies gastriques sous le point de vue dynamique, et de corriger le trouble des actions vitales pour les guérir.

Le système appelé *philosophie de la nature* a eu moins d'influence directe sur la médecine pratique, quoique beaucoup de médecins se soient rangés sous sa bannière. Mais la plupart d'entre eux se sont trop éloignés de la méthode contemplative pour arriver à d'heureux résultats par l'observation attentive des phénomènes de la nature et des réflexions calmes sur leurs causes. Nous en pourrons espérer de tels, lorsque plusieurs grands physiciens auront suivi cette carrière, et, s'étant attachés à bien reconnaître les forces agissantes de l'univers, remonteront de phénomène en phénomène jusqu'à une cause première dont la généralité se fera apercevoir dans chaque cas particulier. Mais les disciples de plusieurs écoles philosophiques actuelles se complaisent trop dans la synthèse de l'univers et dans l'application de lois idéales de la construction du corps humain, pour descendre à la recherche de lois spéciales, et utiles à la vie pratique, qui leur paraissent peut-être trop insignifiantes au milieu de leurs sublimes spéculations. Malheureusement cette méthode a privé de toute valeur la philosophie de la nature, qui est pourtant si précieuse. Quelques tentatives fantastiques et contraires à l'expérience pour fonder la thérapeutique sur des principes *à priori*, sont considérées comme des rêves de poètes, tournées en ridicules, et depuis longtemps condamnées à l'oubli. On peut sûrement prophétiser un sort pareil à toutes celles qui pourraient être faites encore dans le même sens.

Mais pour fixer l'attention sur la variabilité et la diversité des vues adoptées par les systématiques, sans m'attacher à multiplier les exemples, je rappellerai seulement les nombreuses tentatives ayant pour but de mettre la chémiatrie en crédit, et qui, à la vérité, n'ont trouvé ni beaucoup de partisans ni un accueil général. Car, quoique personne ne puisse disconvenir que le côté idéal de la vie, ou la force, est dépendant du côté réel, ou la matière, que par conséquent il est impossible d'imaginer une aberration de l'activité vitale sans un changement simultané dans la composition organique, nous savons bien que ces derniers changemens sont trop cachés pour que la connaissance imparfaite qu'il nous est permis d'en acquérir puisse nous autoriser à établir sur eux un système de médecine. Tous les essais en ce genre ont échoué. Le corps vivant ne peut point être étudié chimiquement, et les recher-

ches faites après la mort ne procurent aucune donnée certaine sur les rapports qui ont lieu pendant la vie, parce que, à la cessation même de cette dernière, commence la décomposition de la matière. La matière chimique des sécrétions, par exemple, de la salive, du mucus, du pus, de l'urine, de la sueur, etc., quand elle s'éloigne de l'état normal, ne prouve autre chose qu'un changement d'action dans les organes, sans que nous en puissions rien conclure à l'égard de la composition chimique de l'organisme malade.

Les découvertes modernes en physique et en chimie nous ont fait acquérir la certitude que les affinités électives sont soumises aux lois de l'électricité, dont le rôle important dans le jeu de la vie nous est connu, sinon parfaitement, du moins assez pour apprécier leur supériorité sur les combinaisons et décombinaisons de substances dans l'organisme vivant, et nous faire concevoir pourquoi les choses extérieures ne peuvent point exercer d'action purement chimique sur cet organisme. Nous voyons la vie individuelle, en conflit avec le monde de dehors, maintenir son intégrité en dépit des lois de la chimie morte.

A la vérité, divers phénomènes mettent hors de doute que certaines substances introduites dans l'estomac ou appliquées à la peau, se retrouvent dans l'urine et dans la sueur. Mais ils ne nous autorisent pas à conclure que ces substances accompagnent comme telles les humeurs dans leur circulation. Des expériences répétées ont établi, au contraire, qu'on ne les découvre pas dans le sang. Nous devons donc admettre une conversion totale, une homogénisation temporaire avec le sang, et une nouvelle formation de ces substances pour le but de l'excrétion. En cela nous voyons une analogie avec l'opération galvanique, dans laquelle l'alcali et l'acide, en se portant d'un pôle à l'autre de la pile, n'y arrivent qu'après être parvenus à l'état d'indifférence complète au milieu de la chaîne conductrice. Nous reconnaissons aussi en cela la tendance de l'organisme à expulser ce qui lui est étranger, afin de prévenir une modification de sa composition chimique qui lui serait préjudiciable. Des actions chimiques pures ne se voient que là où s'opère une vraie destruction de la substance organique par des choses du dehors, par des acides minéraux concentrés, par des alcalis, etc., c'est-à-dire dans les cas où l'affinité chimique triomphe de la vitalité, et parfois aussi dans ceux où cette dernière se trouve exaltée au point de s'éteindre elle-même, comme dans le sphacèle à la suite d'un vésicatoire. Mais lorsqu'il n'y a point eu préalablement destruction générale ou locale de la vie, l'influence du monde extérieur ne se manifeste que par la réaction de l'organisme, et c'est une illusion qui a fait croire quelquefois à une action chimique de la part des médicamens. Si, par exemple, les lotions avec le chlore liquide ont été utiles dans la scarlatine, ou la dissolution d'ammoniaque dans le pourpre, nous ne devons pas conclure de là que la première maladie tient à un défaut d'oxigène et la seconde à un défaut d'azote. Nous voyons seulement que les lotions dont il s'agit, modifient l'action malade, et produisent une réaction salutaire de l'organisme.

La division des médicamens d'après leur composition chimique n'a donc jamais été d'aucune utilité pour la pratique. Loin de là, elle a donné lieu de grouper ensemble un grand nombre de substances fort hétérogènes, si on les envisage sous le point de vue dynamique, par exemple tous les oxides métalliques, qui sont réunis en leur qualité de corps oxidés, quoiqu'ils exercent les actions les plus variées sur l'organisme. La distinction des médicamens en azotés, carbonés, hydrogénés, etc., ne convient pas mieux; parce que, outre l'azote, le carbone, l'hydrogène, ils contiennent toujours d'autres substances qui, prises ensemble, forment une combinaison dont l'effet ne saurait être déduit de celui que produit l'un ou l'autre des principes élémentaires.

La physique n'est pas plus capable de résoudre complétement le problème de la vie, ou de nous fournir un guide certain dans la pratique. En vain a-t-on cru naguère qu'elle pourrait répandre une vive lumière sur la pathogénie: la pratique n'a jamais retiré de là aucun avantage. Les progrès récens de la physique ont permis de reconnaître les lois de l'électricité et du magnétisme dans une foule d'effets mystérieux de la nature, et tout nous fait espérer qu'en suivant cette voie nous arriverons à des données plus précises sur les phénomènes de la vie. Mais il nous manquera toujours le point de vue élevé d'où nous pourrions apercevoir le principe actif supérieur à l'électro-dynamisme. Jusqu'ici toutes les théories iatromathématiques et iatrophysiques n'ont pas modifié le moins du monde la pratique empirique, quoique toute théorie ne doive à la rigueur être admise qu'en faveur des applications qu'on en peut faire.

La pathologie humorale a retrouvé quelques partisans dans ces derniers temps, et donné lieu à une foule de recherches fort inutiles pour la pratique; car, quand bien même nous pourrions prouver que le changement des humeurs dans l'état morbide, dont personne ne conteste l'existence, a réellement la priorité, et que le trouble des fonctions vitales en dépend, nous ne saurions cependant comment nous y prendre pour y remédier d'une manière directe. Les hypothèses de Sylvius et de ses nombreux successeurs sur l'altération acide, alcaline, fermentative et putride des humeurs fussent-elles démontrées, nous serions arrêtés tout court quant aux moyens de combattre cette altération par la voie chimique, et il nous faudrait recourir à ceux qui, régularisant l'action vitale tout entière, corrigent par cela même les sécrétions. Assurément les liquides précèdent les solides, qui s'y produisent par une inexplicable cristallisation animale; mais les liquides sont ensuite reproduits eux-mêmes par les solides. Qui oserait assigner un commencement ou une fin dans un tel cycle?

Au reste, le côté dynamique de la vie nous est encore le plus accessible, tant dans l'état de santé que dans celui de maladie; celui-ci surtout se distingue par les formes les plus variées de trouble, d'exaltation ou de diminution relative, et de changement dans les

actions. Là même où nous avons sous les yeux les anomalies matérielles les plus évidentes, l'hypertrophie, l'atrophie, le ramollissement, l'induration, la dégénérescence, nous ne reconnaissons en dernière analyse qu'une aberration du principe plastique de l'organisme, et notre unique problème est de ramener ce principe aux conditions normales. De quelle autre manière l'os situé sur un anévrisme pourrait-il éprouver une perte de substances, sinon par une exaltation du pouvoir des vaisseaux absorbans, due aux pulsations plus énergiques de l'artère? C'est aussi en activant la nutrition qu'à l'aide de certains médicamens, nous parvenons à faire disparaître des nodosités arthritiques et autres tumeurs, à guérir des ostéosarcoses, etc.

D'après cela nous trouvons tout naturel que les systèmes dynamiques de pathologie, de physiologie et de thérapeutique aient toujours reçu plus d'accueil que les autres. Mais on doit regretter le défaut d'unité, qui tient à ce qu'ordinairement on ne s'est attaché qu'à une seule direction de la vie, dans laquelle on a cru trouver la clef de l'inexplicable mystère.

Dans la persuasion que, par son dualisme de l'incitabilité et de l'irritabilité, Brown avait posé les bases d'une activité fondée sur le principe même de la vie, on chercha ensuite à sauver cette idée du naufrage, et peu à peu on imagina un nouveau système dans lequel, outre la sensibilité et l'irritabilité, on fit entrer un troisième facteur, auquel Brown n'avait nullement songé, la nutrition. Je n'examinerai pas si ce triplicisme répond à toutes les exigences de la physiologie. Celle-ci laisse à la pathologie toute la liberté possible d'expliquer les phénomènes de telle ou telle manière. Elle permet aussi au thérapeutiste d'agir avec la même liberté, sans s'inquiéter de l'unité qu'il serait à désirer d'introduire.

On sait qu'après la ruine du brownisme, la doctrine du contre-stimulisme naquit sous le ciel de l'Italie, et qu'en même temps plusieurs autres écoles cherchèrent à faire prévaloir les vues les plus diverses sur l'essence et la guérison des maladies. Tandis que, sur les bords de la Seine, on épuise les malades de sang pour les amener à un degré de faiblesse vitale qui détruise la possibilité d'une réaction active, sur les rives de la Tamise, on les stupéfie par d'énormes doses d'opium, et sur celles de la Newa on les ébranle par des aspersions d'eau froide à la sortie d'une étuve. Accordons que les particularités nationales justifient une certaine différence dans le mode de traitement, que les émissions sanguines nuisent moins aux Français qu'à l'homme du Nord, que l'Anglais, entouré de vapeurs du charbon de terre et d'une atmosphère nébuleuse, supporte des excitans plus forts, enfin que le Russe, moins excitable, sorte gai et dispos de ses bains de vapeur. Mais, en parcourant les ateliers de la thérapeutique sous un même climat, nous y trouvons la plus grande variété dans les vues et dans les méthodes dites curatives. Ici la lancette et les sangsues sont à l'ordre du jour, parce qu'on croit ne voir partout qu'inflammation; là on a sans cesse sous les yeux la compagne assidue de la plupart des maladies, la faiblesse, et l'on pense trouver dans l'éther, le camphre, la valériane, le vin, des remèdes qui ne font souvent que porter une légère fièvre d'irritation jusqu'à un degré d'exaspération où la vie se trouve compromise. Ceux-ci dérivent toutes les maladies des désordres de l'action cutanée, et veulent les guérir par des transpirations forcées; ceux-là emploient la dent de lion, les sels neutres et le soufre, contre le spectre d'une disposition latente aux hémorrhoïdes. Les uns, admettant un état morbide du fluide nerveux, dont personne d'ailleurs n'a encore constaté l'existence, cherchent à le ranimer par des excitans volatils; les autres combattent une imaginaire âcreté rhumatismale, goutteuse, scorbutique, scrofuleuse ou autre des humeurs. On en voit qui font périr leurs malades de faim en les noyant d'eau, ou qui les enivrent de vin, ou qui les tuent par des doses énormes de calomélas, ou qui les inondent de tisanes relâchantes, ou qui les martyrisent avec des cautères, des vésicatoires, des sétons et le fer rouge. Telle école adonnée à la méthode expectante, recommande les moyens les plus innocens et les plus simples, afin de ne pas troubler la nature dans ses propres efforts salutaires; telle autre veut qu'on oppose un médicament à chaque symptôme saillant, et, pour remplir à la fois de nombreuses indications imaginaires, elle donne au malheureux malade les mélanges les plus compliqués, qui souvent nous reportent à la thériaque des anciens.

Celui qui a eu le malheur d'être atteint plusieurs fois du même mal en des lieux différens et qui s'est vu forcé de se confier à des médecins différens, n'a pu manquer de remarquer que le défaut d'accord dans les vues et les méthodes de traitement n'est pas propre à inspirer beaucoup de confiance dans la médecine en général. Mais celui qui voudrait voir sa foi s'ébranler encore davantage n'aurait qu'à envoyer le récit d'une maladie tant soit peu compliquée a une douzaine de médecins, même renommés, en les priant de lui donner leur avis; peut-être recevrait-il autant d'opinions différentes, en conséquence desquelles on lui conseillerait tout autant de moyens divers; ou bien, qu'il ouvre les manuels de thérapeutique spéciale, qu'il compare les vues différentes des auteurs sur l'essence de la fièvre en général, des diverses fièvres en particulier, de la coqueluche et d'une foule d'autres formes de maladies qui se présentent presque journellement, et qu'il mette en parallèle les méthodes hautement préconisées pour les guérir; sa surprise augmentera d'autant plus qu'il verra chaque petit-fils d'Esculape donner sa propre manière comme étant la seule qui puisse conduire à bonne fin. Il n'en faut pas plus pour convaincre qu'en recherchant l'essence cachée des maladies, nous errons dans des régions privées de la lumière, et les nombreuses victimes de tant de méthodes si vantées pour la guérison du choléra montrent assez quelle est la véritable valeur de toutes ces sortes de recherches.

On se demande donc comment il est possible qu'une méthode quelconque trouve des partisans, et que tant d'hommes guérissent par des méthodes absolument différentes. A cela on peut répondre :

1° Un grand nombre de systèmes n'ont eu que très-peu ou même point d'influence sur la thérapeutique spéciale, parce que leurs auteurs se bornaient proprement à examiner comment peut être expliquée l'action des médicamens trouvés salutaires dans telles ou telles formes de maladies. Ainsi, par exemple, on attribuait l'action des oxides métalliques, tantôt à ce qu'ils se décomposaient, en abandonnant leur oxigène à l'organisme, tantôt à ce qu'ils attiraient l'hydrogène, ou à ce que le métal lui-même exercait une action dynamique spécifique, etc. Quand plusieurs médecins prescrivent, dans des cas à peu près semblables, le calomélas, dont malheureusement on fait un si grand abus, les uns se proposent de combattre une prétendue diathèse inflammatoire, les autres, de faire cesser une irritation du foie qui préoccupe leur esprit, ceux-ci de débarrasser le canal intestinal des saburres, ceux-là de résoudre d'imaginaires engorgemens lymphatiques, ou d'opérer une heureuse dérivation en activant les selles et la salivation, ou peut-être d'attaquer une dyscrasie syphilitique occulte. Il en est de même à l'égard d'un grand nombre de médicamens. Un malade, par exemple, prend un mélange de sel ammoniac et de tartre émétique; il guérit. Son médecin, partisan du gastricisme, triomphe de l'heureux choix du moyen incisif et dissolvant. Un disciple de Broussais sourit de ce qu'une gastro-entérite méconnue a été guérie par hasard à l'aide d'antiphlogistiques. Un troisième déplore l'aveuglement de ses deux confrères, parce que, suivant lui, les deux médicamens n'avaient pu être utiles qu'en agissant comme diaphorétiques, et expulsant la sueur retenue; un homme faible et hypochondriaque revient des eaux à demi rajeuni, et avec l'attestation du médecin inspecteur, portant que ces eaux sans pareilles ont fondu et évacué toutes les obstructions. Un autre pense que le soufre contenu dans les eaux a été un excitant spécifique du système de la veine-porte frappée d'adynamie; tandis qu'un troisième expose avec emphase comment l'éruption miliaire qui a paru prouve qu'il ne s'agissait que de provoquer une crise vers la peau pour amener au dehors une âcreté rhumatismale tombée sur les parties internes. Le modeste médecin de la maison garde le silence; car il avait moins compté sur l'effet des eaux que sur l'éloignement momentané du malade de son pays natal, où l'avarice le condamnait à un mauvais régime, et où il s'épuisait dans les bras d'une jeune et ardente épouse.

Souvent les explications de l'effet curatif d'un médicament sont tirées par les cheveux, suivant la prédilection du médecin pour tel ou tel système. Un praticien connu prétendait que le musc était un puissant antiphlogistique; cette assertion n'était que la suite nécessaire de son opinion, suivant laquelle il y avait identité entre le typhus et l'encéphalite. Au reste, de pareilles conséquences deviennent plutôt ridicules que nuisibles, parce que les médicamens éprouvés continuent à être employés après comme avant, seulement sous d'autres titres, et, à ce qu'on dit, pour atteindre des buts différens, qui n'ont rien que d'imaginaire. Quand le malade guérit, peu importe comment il plaît au médecin d'expliquer sa guérison. Cependant la conséquence poussée trop loin n'est pas toujours si exempte d'inconvéniens, et quand il s'agit d'un écrivain et d'un professeur, elle devient doublement dangereuse. Combien d'élèves de Marcus n'ont-ils pas pu être conduits à employer dans la véritable encéphalite le musc que leur maître leur avait dépeint comme antiphlogistique? Mais certains médecins sont tellement dominés par leurs idées sur l'essence de telle ou telle forme de maladie, et si engoués de l'infaillibilité de leurs propres vues, que même les plus évidens insuccès de leur pratique ne peuvent les déterminer à changer d'opinion ou de méthode.

2° En observant sans préjugés ce qui a lieu pendant le rétablissement de la santé, on acquiert la conviction qu'il y a sans nul doute plusieurs voies pour arriver à la guérison d'un grand nombre de maladies. Je ne saurais donc admettre l'opinion de certains partisans enthousiastes de l'homœopathie qui prétendent qu'on ne peut jamais guérir complétement que par leur méthode, et que, si jamais une maladie l'a été en effet, c'est que, par un heureux effet du hasard, le médecin avait, à son insu, fait choix d'un moyen homœopathique convenable, quoique ce cas puisse réellement être arrivé plus d'une fois, et se présenter encore chaque jour. Je ne passerai point ici en revue les diverses méthodes possibles de guérison, dont l'exposé trouvera mieux sa place dans la suite de ce travail, et je ferai seulement remarquer que :

3° La force médicatrice de la nature est souvent assez puissante pour, au milieu des circonstances les plus défavorables, et même sous l'influence d'un traitement médical dirigé à rebours de tous les principes, tantôt rejeter au dehors, soit par le vomissement ou la diarrhée, soit de quelque autre manière moins perceptible, les moyens hétérogènes dont on a surchargé l'organisme malade, tantôt en vaincre l'effet nuisible par des réactions excitées sur d'autres points, et, bien qu'elle ait alors à lutter simultanément contre la maladie et contre les fautes du médecin, amener cependant une crise heureuse ou susciter une nouvelle forme de maladie qui entraîne moins de danger que la forme primitive. Les preuves en sont fournies par les innombrables récits de maladies, ou de prétendues guérisons, dont nos livres fourmillent. Mais si les choses tournent mal, on trouve ordinairement encore une porte de derrière pour sauver l'honneur de l'art. La péripneumonie se termine fréquemment par la paralysie des poumons, après l'abus des émissions sanguines. Les fièvres d'irritation sont sujettes à prendre un caractère nerveux sous l'empire d'un traitement stimulant. Par l'emploi si commun des doses élevées de valériane, d'éther, de camphre et de musc, les fièvres nerveuses simples atteignent souvent un si haut degré d'intensité, qu'une apoplexie, une encéphalite termine promptement la scène, ou qu'un état putride éteint un peu plus lentement le flambeau de la vie. Pour maintenir la foi en une médecine trompeuse chez les parens qui entourent en pleurs le cercueil d'un être chéri, on leur met sous les yeux la longue liste des

visites et des prescriptions, on leur énumère les potions, poudres et emplâtres qui ont été employés, on leur dit qu'il ne reste plus un tiroir chez l'apothicaire dans lequel on n'ait fouillé, et que le malade aurait été infailliblement sauvé s'il n'était survenu une apoplexie pulmonaire, une apoplexie cérébrale, une encéphalite, comme si cette triste terminaison pouvait être attribuée à un hasard sans règle.

4° Mais il ne faut pas non plus perdre de vue cette circonstance que fort souvent les mélanges de médicamens usités dans la pratique allopathique, diminuent ou même font disparaître les inconvéniens d'un mauvais choix. Une foule de médecins ne peuvent renoncer à la coutume de prescrire des médicamens composés. On se flatte d'agir d'une manière très-rationnelle en cherchant à approfondir le rapport des facteurs de la vie, qui ne sont toutefois qu'une simple vue de l'esprit, et prescrivant des substances correspondantes à l'essence, à la cause prochaine de la maladie. Mais comme on a remarqué qu'aux hautes doses usuelles les médicamens produisent aussi des effets accessoires inattendus et souvent très-nuisibles, on cherche à empêcher qu'ils ne puissent causer de préjudice en y ajoutant d'autres substances. De là les prétendus correctifs qu'on joint aux moyens principaux, appelés bases. Cela ne suffit néanmoins pas encore ; on ne pense pas que, quand la cause prochaine n'existe plus, tous les symptômes de celle-ci doivent disparaître. On croit, au contraire, qu'il importe de sévir aussi contre les symptômes les plus importans, et, pour remplir les nombreuses indications, on prescrit encore des remèdes particuliers, qui prennent le nom d'adjuvans. Puis, pour faire une mixture suivant la forme commandée par l'école, on a besoin d'un liquide dans lequel les divers ingrédiens soient dissous, et, comme on est dans le domaine des composés, on prend d'ordinaire pour cela quelque eau distillée, parfois même très-chargée de substances médicinales. Enfin on termine par ajouter quelque chose qui soit propre à corriger la saveur. En même temps on prescrit une tisane préparée avec diverses racines, herbes, fleurs et fruits, un liniment, ou un vésicatoire, un lavement médicamenteux ou un cataplasme.

La connaissance des antidotes, ou des médicamens propres à faire cesser l'action d'autres médicamens, a été jusqu'à présent l'un des côtés les plus faibles de notre pharmacodynamique. On a ignoré, par exemple, que le camphre supprime l'effet de l'ammoniaque, du phosphore, du soufre et d'un très-grand nombre de substances végétales ; le vin, l'eau-de-vie et le café, ceux de la noix vomique ; la pulsatille, ceux du soufre ; le quinquina, ceux du mercure et de l'asa-fœtida ; le café, ceux de la noix vomique, de la camomille, du sumac vénéneux et de diverses autres substances vénéneuses ; on a ignoré que le vinaigre exaspère les effets nuisibles de la belladone, etc. Aussi, lorsqu'il ne s'agissait point de combattre des maladies inflammatoires, n'interdissait-on ni le vin ni le café ; et prescrivait-on souvent à la fois des choses qui devaient nécessairement se neutraliser. On considère une formule composée comme une série de quantités qu'il suffit d'additionner ensemble pour connaître l'effet total, sans songer que les rapports antidotaires de la plupart des médicamens nous sont encore trop peu connus, et que d'un mélange quelconque de choses diverses résulte un nouveau corps, dont les propriétés et les effets ne ressemblent point à ceux de chacun de ses constituans. Dans beaucoup de cas, la chimie nous éclaire à cet égard : le nitre est tout autre chose que de la potasse et de l'acide nitrique ; les propriétés de la soude et du chlore ne sont point réunies dans le sel marin. Avant de connaître la composition de l'opium, on ne savait pas que l'ammoniaque le décompose en produisant un précipité de morphine. Mais là même où la chimie, qui n'est point non plus arrivée au dernier terme de la perfection, ne trouve rien de choquant, les circonstances indiquées plus haut montrent que tous les mélanges de médicamens doivent être désapprouvés ; aussi beaucoup de grands médecins les ont-ils blâmés dans tous les temps, et se sont-ils prononcés en faveur des méthodes les plus simples. Mais quand le particien se fait une idée fausse de l'essence des maladies qu'il traite, l'inaction des mixtures prescrites par lui est un bonheur pour le malade, puisqu'au moins la force médicatrice de la nature ne se trouve pas troublée d'une manière directe, et que le seul inconvénient absolu qui résulte de là est la perte de l'argent dont il a fallu payer des substances prises sans utilité. Ce cas a certainement lieu bien plus souvent qu'on ne le croit.

Les réflexions précédentes justifient assurément les plaintes nombreuses qui se sont élevées contre la versatilité des vues et des méthodes curatives, contre l'insuffisance du diagnostic de la cause prochaine des maladies, et contre le défaut d'accord entre les médecins sous le point de vue des indications. Elles justifient le vœu fréquemment exprimé aussi à haute voix, qu'une réforme générale ait lieu en médecine, et qu'il nous devienne enfin possible de procéder, à l'abri d'erreurs dangereuses, d'après une méthode fondée sur des principes solides. La juste appréciation de la valeur douteuse des nombreux systèmes dont l'histoire de la médecine conserve le souvenir, a fait désirer plus d'une fois qu'on abjure enfin tout esprit de système, qu'on se tienne exempt de toutes spéculations, et qu'on en revienne à la vraie méthode hippocratique. Cependant, d'un côté, l'admirable esprit d'observation du médecin de Cos n'est dévolu qu'à un petit nombre d'hommes ; d'un autre côté, le simple empirisme ne satisfera ni la tendance de notre époque vers le rationalisme, ni les besoins des praticiens, attendu que les méthodes compliquées de traitement qui ont été suivies jusqu'ici nous ont légué trop peu d'expériences pures, et qu'il est impossible qu'un homme réunisse dans sa tête assez d'observations recueillies par lui-même ou par d'autres, pour être en état de choisir la meilleure des marches dans toutes les nuances des innombrables cas morbides imaginables.

Il était réservé au génie de Hahnemann de poser la base d'un système de médecine bien plus sûr et préfé-

rable. Armé de connaissances fort étendues, Hahnemann déplorait depuis longtemps l'incertitude de toutes les méthodes connues, lorsqu'il devint père de famille, et se vit dans la nécessité de se faire le médecin de ses propres enfans. Cette nouvelle situation lui fit vivement sentir encore l'insuffisance de notre savoir, et redoubla ses efforts pour arriver à quelque chose de mieux Des expériences faites sur lui-même en 1790, et qui lui enseignèrent la propriété qu'a le quinquina d'exciter la fièvre intermittente, firent poindre à ses yeux l'aurore d'une médecine nouvelle, qui rejette l'ancien principe *contraria contrariis*, et le remplace par cette maxime expérimentale *similia similibus*. Probablement il ne soupçonna lui-même pas d'abord les conséquences importantes de ce principe, et il attendit vingt ans encore avant de publier son *Organon*, qui diffère de tous les systèmes antérieurs en ce qu'il repose sur une vérité connue d'après des faits seulement et qu'on ne peut retrouver qu'à l'aide des faits.

Il y a deux manières d'arriver à la conscience d'une vérité, la spéculation et l'expérience. Quoique la première mène à des connaissances plus élevées, Hahnemann choisit exclusivement la seconde, afin d'échapper aux illusions dans lesquelles il est d'autant plus facile de tomber en se livrant à des recherches métaphysiques, que nous ne trouvons hors de nous aucun point d'où nous puissions embrasser d'un seul coup d'œil le jeu des forces de notre propre nature organique. Aussi évita-t-il, après avoir reconnu la vérité, de la développer à l'aide de spéculations empruntées aux autres lois naturelles. Il la donna toute nue, comme une loi trouvée empiriquement, persuadé que des essais continués dans la même direction que celle qu'il avait suivie, contribueraient infailliblement à la faire reconnaître.

Mais l'opposition entre cette loi expérimentale et les vues jusqu'alors adoptées était trop grande pour que les médecins ne fussent pas plutôt peu enclins que disposés à la vérifier par la voie de l'expérience. D'ailleurs le blâme que Hahnemann déversait peut être sans assez de ménagement sur toutes les anciennes doctrines, avait réellement trop blessé une foule de praticiens, pour que leur orgueil choqué permît qu'ils embrassassent avec chaleur la nouvelle cause. D'abord on ne crut même pas qu'elle méritât la peine d'être examinée, et on la regarda d'un air dédaigneux. Cependant Hahnemann réunit autour de lui quelques élèves, qui étudièrent sa doctrine d'une manière sérieuse, avec zèle, et qui firent ensuite sensation par les succès qu'ils obtinrent en l'appliquant. Devenus alors attentifs, plusieurs médecins formés dans d'autres écoles voulurent aussi connaître l'homœopathie, la mettre à l'essai, et l'essayer comme l'exigeait le fondateur, comme doit l'être toute vérité émanée de l'expérience, c'est-à-dire par l'observation rigoureuse des résultats obtenus d'un juste emploi de la méthode. C'est ainsi que peu à peu l'homœopathie acquit des partisans, même parmi d'anciens praticiens instruits, expérimentés et renommés, dont plusieurs s'étaient même fait connaître auparavant par des ouvrages écrits dans l'esprit de la médecine allopathique. Mais le zèle des ennemis de la nouvelle école n'en devint que plus vif, surtout parmi ceux qui ont l'habitude de n'admettre que les théorèmes trouvés avec le secours de la spéculation, et qui s'empressèrent de lancer l'anathème contre celui de Hahnemann. Il n'est pas donné à chacun de pousser l'abnégation de soi-même jusqu'à savoir reconnaître ses erreurs antérieures, ou même seulement jusqu'à se persuader qu'il a été jusqu'à présent dans l'erreur. Au reste, les nombreux écrits qui ont paru contre l'homœopathie n'ont fait que la servir. Les partisans de cette doctrine redoublèrent d'efforts, tant pour la répandre que pour la perfectionner elle-même. Elle eut pour elle aussi l'intérêt toujours croissant du public, de celui surtout qui avait appris à la juger d'après ses résultats; car ces résultats, chaque jour de plus en plus multipliés, étaient ce qu'il y avait de mieux pour désarmer une foule d'antagonistes dont l'unique occupation consistait à chercher d'établir par de simples spéculations que ce que des faits journellement accumulés démontraient n'être point possible. Mais ce simple raisonnement, que ce qui est vrai doit être possible, même nécessairement à la conviction qu'il faut qu'on soit parti de fausses prémisses pour dévoiler le prétendu néant de la doctrine contestée, et la confiance dont l'opposition pouvait peut-être se targuer dans l'origine, reçut par là un coup sensible. Le ton injurieux qu'elle a plus d'une fois affecté n'a pas peu contribué non plus à lui nuire, en excitant un véritable dégoût.

Il est digne de remarque que l'histoire ne nous offre pas un seul cas où la lutte entre de simples opinions ait été aussi acharnée que celle contre certains faits patens, tels que les vertus curatives de l'antimoine, la découverte de la circulation du sang, et la vérité des guérisons homœopathiques. Tous ces faits ont été niés formellement par une foule d'adversaires. On doit laisser seuls sur le terrain des opposans qui combattent avec de telles armes, et qui s'oublient jusqu'à refuser la capacité d'observer aux homœopathes, jusqu'à déclarer que tous sont des dupes ou des fripons. Mais des argumens présentés sous les formes convenables sont à désirer, parce qu'ils donnent une impulsion qui ne peut que tourner au profit de la science.

Hahnemann ne nous a donné que la clef de la nouvelle doctrine; et, quoique nous lui devions encore une multitude d'observations et de règles d'une haute importance, il ne lui était pas possible de porter toutes les branches de la thérapeutique homœopathique au dernier degré de la perfection. En continuant à suivre la voie qu'il a tracée, nous nous rapprocherons de plus en plus du but; mais nous n'y arriverons jamais, parce que la médecine n'est point par elle-même susceptible d'une perfection absolue, la connaissance des forces de la nature devant toujours rester incomplète, même au milieu de nos plus grands efforts.

Au reste, l'homœopathie a pris un grand développement entre les mains tant du fondateur lui-même, que de ses nombreux disciples; mais la question de savoir

si l'on peut et l'on doit l'appeler un système, a été très-diversement résolue. Si nous entendons par système une doctrine fondée sur un principe purement scientifique, n'ayant pas besoin de preuves, et portant en lui-même la vérité absolue, principe d'où l'on puisse déduire la nécessité de tous les phénomènes de la vie organique, nous devons malheureusement avouer que jamais encore nous n'avons été en possession d'un pareil système, et nous devons même renoncer tout à fait à l'espoir d'en avoir jamais un. Mais, si nous laissons de côté ce à quoi on ne saurait atteindre, si nous entendons par système une doctrine dont le principe suprême trouve à s'appliquer dans toutes ses branches, un tel édifice, en tant qu'il est purement pratique, et que son principe suprême sert de base à la pratique, peut certainement prendre le nom de système. Quant à savoir s'il présente des avantages décidés sous le rapport de la guérison des maladies, cette question, bien plus importante que l'autre aux yeux du praticien, est résolue à l'avantage de l'homœopathie pour la majorité de ceux qui connaissent également bien et l'ancienne et la nouvelle méthode. Beaucoup se sont contentés d'agir d'après un principe trouvé empiriquement, sans s'inquiéter de savoir s'il avait ou non l'honneur d'être fondé en philosophie. D'autres, suivant la pente du siècle, ont essayé de ramener à des lois naturelles ce qui a lieu dans les guérisons homœopathiques, et de mettre en évidence la nécessité de ces événemens. Tel est aussi le but que je me propose dans ce travail.

Fidèle au principe, je m'écarterai quelquefois, dans les détails, des dogmes du fondateur ; car je déteste trop l'ilotisme pour ne pas m'apercevoir que certains points demandent encore à être rectifiés ou éclaircis. Mais personne ne me fera un reproche de ce que, pour arriver au développement du principe lui-même, je commence par des considérations générales sur les forces de la nature organique.

(DEUXIÈME ARTICLE.)

Remarques sur les bases de la pathologie.—Si le but de la médecine est de faire cesser les troubles de l'harmonie dans les actions de l'organisme vivant, elle doit se proposer d'abord d'apprendre à connaître le champ de ses opérations, c'est-à-dire le rapport que les forces qui président aux divers actes de la vie ont tant avec les autres. Pour arriver là, nous nous occuperons moins de la vie dans son unité absolue que dans la forme sous laquelle elle se manifeste chez l'homme, chez l'être où l'organisation est portée au plus haut degré.

Ce que les sens nous font apercevoir chez l'homme est son côté matériel, que nous devons considérer comme le support du principe de toute action, attendu que nous ne saurions concevoir aucune force sans matière.

Nous acquérons également une connaissance empirique des diverses actions, en nous représentant au moyen de nos sens les changemens qui arrivent dans les individus vivans. La fréquente répétition de ces représentations, qui demeurent toujours les mêmes, nous met en possession d'une vérité empirique.

Au contraire, la connaissance de la force elle-même est une idée rationnelle, naissant de la nécessité que tout mouvement, toute action, procède d'une raison intrinsèque, à laquelle nous donnons le nom de cause. On s'accorde à appeler force vitale la cause intérieure de l'activité des êtres organisés vivans, sans cependant pouvoir l'expliquer. On sait que Brown a bien recommandé de ne pas soumettre le principe de la vie, ce qu'il nommait l'excitabilité, aux recherches de la métaphysique, et de le considérer comme l'idée première ou suprême, et Sprengel dit que le résultat de ses recherches historiques a été que la médecine perd chaque fois qu'on l'associe avec un système de philosophie, qu'elle ne s'enrichit que sur le terrain de l'expérience. Je souscris à ces jugemens avec pleine conviction, en tant qu'il s'agit d'une philosophie transcendantale voulant démontrer *à priori* la cause de la nécessité des choses, et passer ainsi du général au particulier, de l'idéal au réel. Cette philosophie synthétique ne nous a que trop souvent conduit dans des régions nébuleuses où toute réalité disparaît dans l'idée d'une connaissance extra-sensorielle, et trop souvent on a cherché à masquer l'absence d'idées claires sous un déluge de mots nouveaux. Mais, sans philosophie, sans logique, nous n'arrivons jamais à des idées lucides, à une expérience complète; car l'expérience n'est que l'aperception par les sens de la présence matérielle d'une chose. Elle se rapporte moins à l'existence dans l'espace, qu'au changement dans le temps, par conséquent au mouvement, et l'expérience scientifique est la liaison de la représentation de ce mouvement avec la conscience de sa nécessité. L'empire des forces de la nature est le cercle d'action du médecin. Pour ne pas errer en aveugle dans ce champ, le médecin doit être cosmologiste et s'approprier la philosophie de la nature, mais seulement la philosophie empirique, pratique, analytique, qui ne se hasarde point à expliquer le principe de l'existence absolue. Que nous nous élevions dans les nuages, que nous fendions les mers, que nous parcourions les champs glacés des régions polaires ou les climats brûlans des sources du Nil, que nous ramenions les corps à leurs élémens par le secours de la chimie, ou que nous disséquions le corps de l'homme et des animaux, le principe de la vie, répandu sous mille et mille formes diverses, est toujours la limite de notre savoir, soit que, partisans du panthéisme, chaque individu nous semble un reflet de la divinité, comme idée suprême de la vie, soit que nous croyions trouver le nœud de l'énigme dans une fusion particulière des atomes, ou dans le dualisme des dynamistes.

Mais c'est un problème de la philosophie naturelle pratique, que celui de connaître la nécessité de la modalité de toute activité, et le désir d'acquérir cette connaissance nous mène à l'étude de la philosophie, dans laquelle, pour éviter toute illusion, nous suivons la

méthode empirique ou analytique, et passons du particulier au général, sans rien nous prêter à ce dernier par l'imagination, sans lui rien attribuer qui ne puisse se démontrer dans l'individuel et le particulier. Ce n'est pas ici le lieu de développer comment toute force est bien conçue comme unité, mais comment, néanmoins, l'activité devenue vivante ne peut être conçue que par son conflit avec une force opposée, comment par exemple l'existence même d'une chose dans l'espace n'est possible que par le concours de deux forces, savoir, l'expansion et la contraction, et comment la prépondérance relative de l'une établit la densité et celle de l'autre la rareté d'une matière, vérité qu'Aristote a déjà exprimée en disant que des oppositions sont la cause de toute chose.

A part ce dualisme, qui n'est qu'un pure idée rationnelle, il faut avoir égard à sa haute manifestation dans l'état polaire de la vie organique; sans quoi les phénomènes de la nature n'ont plus aucun sens, ou semblent même n'être plus que des accidens, sur lesquels nous glissons rapidement, sans quoi aussi l'étude de la nature n'est plus qu'une exposition historique des phénomènes observés. Nous devons donc chercher à connaître les causes premières des phénomènes, ou du moins à remonter aussi haut que possible dans la série de ces causes. Cependant, comme nos spéculations ont pour borne l'idée de la force absolue, dans son unité, il ne peut être question pour nous que d'analyser les causes premières de toutes les modalités. Mais en tendant vers ce but, nous n'y trouvons rien de plus élevé que la polarité, à laquelle sont soumis tous les changemens à nous connus des choses dans l'espace et le temps.

Nous entendons par polarité la forme légitime sous laquelle la vie se manifeste à nous, et qui est celle d'une unité résultante d'une opposition, ou plutôt celle de l'action concurrente de deux forces contraires, qui, prises chacune en particulier, ne nous apparaissent point actives, et ne le sont qu'en tant qu'elles ont de la tendance à faire cesser le contraste existant entre elles, ou à se neutraliser réciproquement. Or l'idée de la nécessité de cette forme n'est point le fruit de spéculations abstraites : elle naît de l'observation attentive des phénomènes de la nature; on la reconnaît dans toute la nature qui nous est connue, dans le cours des astres, dans le rapport de la lune à la terre et de ces deux planètes au soleil, dans la marche des nuages, dans la formation des marées, dans les flots de la mer, dans le règne végétal, et surtout dans tout le règne animal, où se remarque un état de choses qui a une grande analogie avec les deux électricités contraires réunies en un seul fluide.

Au reste, l'imperfection de la connaissance humaine ne nous a pas permis de démontrer l'identité de la vie avec l'électricité ou avec l'électro-dynamique. Je ne me suis pas hasardé non plus dans cette haute sphère de la spéculation, et je laisse à d'autres le soin de la poursuivre, sans attendre de leurs efforts autre chose que la preuve de l'impossibilité d'arriver à une intuition claire du principe primitif de toute vie. Mais on ne doit pas laisser perdre pour la vie pratique l'utilité que nous promet la direction actuelle imprimée à l'étude de la nature; car, sans considérer précisément l'électro-dynamique comme le principe suprême, la polarité en général peut nous servir à prendre une idée plus claire des phénomènes tant généraux que particuliers.

Supposant donc la connaissance préalable du rapport mutuel général qui existe entre les forces de la nature, je me bornerai à faire voir comment on démontre la polarité dans le règne animal entier. Mais il s'agit principalement ici de l'homme, chez lequel la force vitale se manifeste avec le plus de liberté dans les oppositions réduites à l'unité de la vie spirituelle et de la vie corporelle. Je n'examinerai pas si la physiologie a tiré profit de ne s'occuper que de cette dernière et de laisser l'autre à la psychologie. Toutes deux sont tellement confondues ensemble, elles se modifient l'une l'autre à tel point, qu'on ne devrait les regarder que comme des directions particulières d'une seule et même vie organique. La réunion est même si intime, que c'est précisément dans ces deux directions qu'il est souvent difficile de découvrir un rapport de polarité, quoiqu'on ne puisse le méconnaître quand on examine avec attention. En effet, on voit souvent les facultés intellectuelles se développer prématurément, lorsque l'évolution du corps se trouve arrêtée. On compte peu sur une longue vie chez les enfans d'un esprit précoce, et les hommes d'esprit sont ordinairement faible de constitution.

Les troubles de l'action vitale organique se manifestent non pas seulement dans la vie corporelle, mais encore dans la vie spirituelle, et tantôt plus, tantôt moins, dans l'une ou l'autre des directions de cette dernière. C'est ce qui fait qu'il se joint aux états morbides non-seulement des anomalies du sentiment et de l'aperception, des hallucinations sensorielles, du délire, l'exaltation ou l'émoussement de certaines facultés intellectuelles, ou des modifications du tempérament, du moral, mais encore des aberrations diverses sous le rapport de la volonté. La diversité des rêves dépend même de là; le changement particulier qu'un temps pluvieux produit en eux nous porte volontiers à rêver de personnes mortes, et les hommes affectés de *délirium tremens* sont sujets à voir du feu et des bêtes féroces dans leurs rêveries. Il importe donc, pour compléter le tableau d'une maladie, d'y joindre l'indication exacte de l'état du moral.

La considération plus que superficielle des actions organiques, dans les divers sens où elles s'exercent, nous a depuis longtemps procuré l'idée d'oppositions qui se manifestent à nous comme aptitude à recevoir des impressions (sensibilité), et comme pouvoir réactionnaire (irritabilité), et qu'on désigne assez convenablement sous le nom collectif de facteurs de la vie. L'organe de la sensibilité, le système nerveux, a plus d'importance que les autres, parce qu'il domine toutes les actions organiques, et qu'il possède même l'aptitude à des réactions particulières. Mais la nutrition, qu'on appelle le troisième facteur, pourrait jusqu'à un cer-

tain point être considérée comme l'indifférence des deux autres. Elle est proprement la source de toute la vie organique, qui commence et s'éteint avec elle et par elle, et qui, aux plus bas degrés de l'organisation, là où la sensibilité et l'irritabilité ne font que poindre, jouit de son plus haut degré d'énergie, et meurt aussi la dernière. En elle se manifeste clairement l'opposition polarique d'une activité dirigée en dehors et d'une autre dirigée en dedans, par l'ingestion et l'assimilation de substances inorganiques, au moyen des poumons, de l'estomac et de l'organe cutané, et par l'excrétion des matériaux devenus inutiles à l'individu ou des parties non assimilables des alimens. Dans tout ce travail de métamorphose, on ne peut méconnaître le concours légitime de forces opposées. Mais on aperçoit non moins clairement l'influence des troubles de la nutrition sur tout l'ensemble de la vie organique, sur la santé et la maladie.

L'idée du concours harmonique des trois directions principales de l'activité vitale pour produire l'unité, et de l'admirable dépendance qui subsistent entre elles, nous permet d'apprécier la valeur toujours relative de la division des maladies en troubles de la nutrition, de l'irritabilité et de la sensibilité. Il y a sans doute des maladies qui se manifestent primairement, ou du moins principalement, dans un de ces systèmes; mais ceux-ci ont les uns avec les autres un rapport polarique trop intime, pour qu'on puisse admettre une ligne absolue de démarcation entre les maladies qui les affectent.

On doit surtout ne pas oublier, à l'égard du système nerveux, que, quoiqu'il soit un produit postérieur de la nutrition, il domine en quelque sorte sur sa propre mère, d'où l'on conçoit que nous avons besoin de son intercession pour venir au secours de la nutrition, quand elle est frappée de maladie.

Si, sans méconnaître la supériorité du système nerveux, qui n'est développé qu'aux degrés supérieurs d'organisation, nous considérons la vie des animaux inférieurs, nous trouvons qu'elle se réduit presque uniquement à une opération plastique, formation et réformation; telle est la condition, la révélation primitive de la vie. En ingérant, métamorphosant et assimilant la matière étrangère, elle réalise la tendance à l'individualisation qui, d'après Leibnitz, est sa principale tendance. Mais les opérations nutritives entretiennent surtout la relation de l'organisme avec le monde extérieur, parce qu'il tire de ce monde les matériaux dont il a besoin pour se compléter lui-même. Seulement il ne faut pas considérer cette relation comme passive et absolument dépendante, parce que l'activité qui se déploie dans les actes de formation est la plus grande de toutes et telle qu'on peut la ramener à une séparation et à une nouvelle combinaison des élémens, par conséquent à ce qu'on appelle des actes de chimie vivante. Si nous voulons en développer l'idée, elle embrasse la conception d'actes dans lesquels agissent des lois physiques et chimiques. On se figure fréquemment les lois vitales comme opposées aux lois physiques, comme les neutralisant; mais il n'en est et ne peut point en être ainsi. D'un autre côté, il n'est pas plus possible de songer à une fusion de ces deux sortes de lois. Car si elles étaient contradictoires, la plus faible devrait céder à la plus forte et être anéantie par elle. Nous devons seulement avoir sous les yeux la dépendance dans laquelle les opérations chimiques sont de l'électro-dynamique; il faut nous représenter la haute dignité de cette dernière dans tous les phénomènes de la vie, et nous arrivons ainsi à la persuasion que la seule chose qui dirige les opérations chimiques, dans l'organisme vivant, est la polarité, à laquelle ces opérations sont déjà soumises par elles-mêmes, mais que les lois générales de la chimie ne sont cependant pas suspendues pour cela. Assurément des phénomènes produits par la vie plastique ont une pleine et entière analogie avec la tendance qu'ont des substances opposées, réunies en un seul tout, puis séparées par le courant électrique, à se porter vers les pôles de la pile voltaïque. Ici se range en particulier la nutrition du fœtus par la mère. Mais la formation ne repose pas uniquement sur une séparation et une réunion de matériaux; elle tient aussi à l'association de ces derniers sous une certaine forme. Or nous n'ignorons pas que cette acquisition de forme a lieu sous l'influence de l'électricité, comme le mettent hors de doute les figures de Lichtenberg et plus encore celles de Nobili. Orsted nous a fait voir que même les vibrations sonores et la formation des figures à la surface des corps vibrans dépendent de l'électricité, dont Berzelius a également démontré l'influence sur la cristallisation. Les couleurs en dépendent aussi. La polarité détermine donc le type de la formation, et si nous ne perdons pas de vue cette vérité, nous serons difficilement tentés d'admettre une différence absolue entre les maladies qui se manifestent dans l'espace ou dans le temps, de négliger le caractère dynamique qui appartient aux unes et aux autres.

L'étude des rapports mutuels des diverses parties de l'organisme n'est pas moins importante. En tant que chacune contribue d'une manière spéciale à la conservation de l'individu ou à la propagation de l'espèce, on peut jusqu'à un certain point justifier ceux qui ont attribué une vie propre à chacune d'elles. Seulement il ne faut pas croire qu'elles font corps à part, car il ne se manifeste dans chacune qu'un reflet de la vie commune, dont le mode particulier dépend des rapports généraux de l'organisation. Voilà pourquoi le poumon ne peut faire du chyle, ni le foie respirer, ni la rate digérer, etc. Mais nous remarquons de nouveau le cycle admirable dans les rapports mutuels des actions; car, soit que nous admettions avec Stahl que l'âme, ou, suivant d'autres, la force vitale, se forme elle-même son corps, soit que nous croyions reconnaître dans l'acte de formation une tendance de la vie générale de l'univers à s'individualiser, il est incontestable que le mode d'action dans l'organisme dépend de sa constitution matérielle, tout comme le législateur lui-même est soumis à la loi. Mais ce qu'il y a de fort remarquable, c'est la manière dont tous les organes concourent au même but, à l'unité, et dont toutes les parties ont rapport

non pas seulement au tout, mais encore les unes aux autres. Je ne m'exposerai point au reproche que certains naturalistes ont peut-être mérité, celui de jouer sans nécessité avec la recherche des analogies et des rapports; mais la considération de ceux d'entre ces rapports qu'on peut signaler importe trop au but de mon travail, pour que je néglige de faire quelques remarques à ce sujet.

Dans l'état régulier ou harmonie de concours de toutes les actions d'un individu, état que nous appelons santé, on remarque à peine la dépendance dans laquelle les organes sont les uns des autres. Mais lorsqu'il survient des troubles de cette harmonie, on ne peut méconnaître une différence relative par rapport à la direction des actes, soit similaires, soit polariquement contraires. Elle est extrêmement analogue à la tension électrique qui, à l'approche d'un nuage chargé de l'électricité opposée, produit un orage. Elle se caractérise principalement en ce qu'à raison de leurs courans polariques plus forts, les organes se montrent plus dépendans les uns des autres, et cette dépendance se manifeste :

1° Comme exaltation de la réceptivité pour des anomalies dynamiques homogènes, ou comme sympathie, ainsi qu'on a coutume de s'exprimer ;

2° Comme antagonisme, c'est-à-dire par des réactions prononcées dans des régions de l'organisme autres que celles qui ont été primitivement atteintes. A peine est-il nécessaire de faire remarquer que l'antagonisme n'est possible qu'où il y a sympathie de parties, et l'on pourrait dire que la sympathie et l'antagonisme sont l'un à l'autre comme la sensibilité et l'irritabilité, puisque toute réaction suppose une réceptivité.

Les affections sympathiques accroissent les souffrances du malade. On observe, par exemple, le mal de tête et des vertiges dans les dérangemens de la digestion, le vomissement dans la commotion cérébrale, le trismus des mâchoires dans les blessures, les spasmes du mollet dans les affections du foie, la diarrhée et les hydropisies dans la phthisie pulmonaire, etc.

Au contraire on voit souvent, d'après les lois de l'antagonisme, la maladie d'un système ou d'un organe disparaître, en passant à un autre. Dans les cas où la nouvelle affection est moins dangereuse que l'autre, on a souvent essayé d'attribuer ce résultat à un effort curatif spontané de la nature. Mais peut-être n'a-t-on point encore consacré assez d'attention à ces événemens pour en reconnaître complétement la légitimité. Sans prétendre résoudre le problème, je crois qu'il convient de placer ici quelques remarques à ce sujet.

La sympathie des organes repose 1° sur leur union matérielle, qui favorise le passage de la maladie de l'un à l'autre. Les inflammations, surtout lorsqu'elles augmentent d'intensité, se propagent aux parties voisines. L'érysipèle devient phlegmoneux en passant de la peau au tissu cellulaire sous-jacent. L'inflammation de la conjonctive devient phlegmasie de l'iris, et la pleurésie se change en péripneumonie. Les névralgies commencent sur un point peu étendu, et s'étendent en rayonnant le long des ramifications du nerf malade. Les hémorrhoïdes du rectum se communiquent souvent à la vessie, et les maladies de la vessie assez souvent aux parties génitales ; à l'hydrothorax se joint l'hydropéricarde, et à la coxalgie une psoïte.

La sympathie et souvent aussi l'antagonisme reposent 2° sur l'existence d'oppositions polariques par rapport à la situation et à l'éloignement des organes, et surtout de celles qui se manifestent déjà dans les degrés inférieurs de l'organisation animale. Chez un animal globuleux, il n'y a polarité qu'entre la peau et la surface de l'intestin, qui conservent la même relation dans toutes les formes supérieures de la vie animale. Les troubles de la fonction cutanée suspendent la digestion, causent la colique, la dysenterie, l'entérite, etc., et ces mêmes maladies cèdent ordinairement à des crises par la peau. En général, on remarque une grande sympathie entre les surfaces externes et internes. Des plaies de tête légères ne guérissent point quand la table interne du crâne est malade. L'opposition entre la matière médullaire et le sang, qui caractérise spécialement la vie animale, et que, dans les corpozoaires, nous apercevons sous la forme d'un système à sang blanc et d'un système ganglionnaire simple, se manifeste ensuite sous celle de système vasculaire et de système nerveux, dans laquelle la polarité se déploie au plus haut degré, quoique les organes centraux de ces deux systèmes soient très-séparés l'un de l'autre, et qu'il n'y ait entre eux qu'une faible connexion à cause du petit nombre de nerfs qui se rendent au cœur. Je rappellerai seulement la grande tristesse qui accompagne les maladies du cœur, et les énormes palpitations qu'on observe dans les affections morales. La sympathie entre le cerveau et le cœur a lieu par le moyen du système ganglionnaire, qu'on peut en quelque sorte considérer comme interposé entre eux. Déjà, dans les mollusques, le ganglion cérébral est uni avec l'inférieur, d'où partent les nerfs des viscères, par le collier nerveux, qui, dans ses diverses formes de développement, joue toujours le rôle de commissure. Aux degrés plus élevés de l'échelle animale, l'opposition entre le cerveau et le système ganglionnaire est parfaitement prononcée, et l'on connaît trop le rapport polarique qui existe entre eux pour que j'aie besoin d'insister sur ce point. On observe un rapport analogue entre les organes qui sont situés aux extrémités opposées du tronc. Pendant la puberté, on voit croître la barbe, et le larynx acquiert plus de développement. L'abus des plaisirs de l'amour rend la voix rauque, et l'inflammation de la parotide alterne avec celle du testicule. L'insensibilité dans l'ivresse se dissipe par des affusions froides sur les parties génitales. Les désordres de la menstruation provoquent souvent la sensation d'un globe contenu dans la gorge, de même que les ulcères des organes génitaux se communiquent la plupart du temps d'abord au voile du palais, et que le priapisme accompagne la mort des pendus. La goutte va des mains aux pieds, et souvent en direction croisée, c'est-à-dire du côté droit au côté gauche, ce dont il n'est pas facile d'entrevoir la cause ; cependant les dartres

m'ont fréquemment offert aussi le même phénomène.

La sympathie est grande surtout entre les régions éloignées d'un même système organique. La propension de l'enfance à l'inflammation des méninges et au saignement de nez disparaît dans la jeunesse, où s'observent de préférence des affections du poumon, avec crachement de sang, tandis qu'à l'âge mûr les congestions se jettent sur le rectum, et y provoquent des hémorrhoïdes.

La sympathie et l'antagonisme reposent sur la similitude ou l'analogie de la structure organique. De là vient qu'il y a un rapport de polarité entre toutes les membranes, et l'on voit les membranes, tant fibreuses que séreuses et muqueuses, échanger ensemble leurs maladies, qui passent de l'une à l'autre. Des méningites disparaissent à l'invasion d'un exanthème, par exemple de l'érysipèle, de la scarlatine, de même qu'à celle d'un fort coryza, d'une diarrhée, d'une otorrhée. Le meilleur remède dans l'inflammation des yeux et des bronches qui accompagne d'ordinaire la rougeole, est le développement complet de l'exanthème. L'éruption rentrée de la gale et des dartres affecte sympathiquement tous les tissus membraneux, et si une carie en est la suite, ce n'est que par l'effet de l'inflammation sympathique du périoste. La goutte a ses crises par des diarrhées et des exanthèmes, la pleurésie par des crachats, la lienterie par des ulcères extérieurs et des éruptions. Sans vouloir décider quel est le siége du rhumatisme, je le chercherais volontiers dans les parties membraneuses, et surtout dans les gaînes des muscles, ce qui expliquerait sa transition aux membranes synoviales et muqueuses. Les plus violentes rhumatalgies cessent à l'apparition d'un catarrhe ou d'une diarrhée. Les maladies des glandes mésentériques sont souvent soulagées par la salivation, mais plus fréquemment encore par les éruptions à la tête, où l'abondance des glandes sébacées explique l'antagonisme.

Mais ce dernier tient surtout à la similitude ou à l'analogie des fonctions des différens organes, qui lui donne le caractère d'un acte dynamique. Ainsi, les maladies du système nerveux passent d'une région à une autre. Les plus violens accès d'une céphalalgie hystérique cessent souvent lorsqu'il survient des vomissemens ou une autre affection d'un organe dominé par le système ganglionnaire. Reil a rassemblé une foule de cas qui démontrent la versatilité de diverses maladies nerveuses. J'ai vu, il y a plusieurs années, une mélancolie opiniâtre disparaître chez une femme, lorsque celle-ci se fut attiré une violente colique en s'exposant à un refroidissement, et j'éloignai plus tard un accès de la même maladie par une infusion de séné, qui produisit de grands maux de ventre. Tous les organes d'éjection sont en antagonisme marqué les uns avec les autres : le système cutané avec les poumons, le canal intestinal et les organes urinaires, et tous ces organes les uns avec les autres. Quelquefois, dans les degrés supérieurs d'organisation, les organes changent de destination, sans perdre leur polarité primitive. Chez les reptiles, l'ampleur de la vessie, comparée au peu de volume des reins, montre qu'on doit la considérer comme allantoïde, et dans le fœtus, l'allantoïde, continuation ou rudiment de la vessie, est destinée à remplacer la respiration, qui n'a point encore lieu. Elle perd cet usage avec le temps, mais la polarité des organes respiratoires à l'égard des organes urinaires se maintient. Chez les animaux inférieurs, les organes proprement dits de la respiration communiquent avec l'extrémité inférieure de l'intestin, et ces divers organes conservent encore des rapports de polarité après s'être séparés les uns des autres par les progrès de l'évolution. Ce phénomène est très-manifeste dans le système sanguin, et surtout dans l'opposition des systèmes artériel et veineux. L'idée d'une action dirigée vers le dehors et d'une autre vers le dedans ne se réalise nulle part plus complétement que là, d'abord par les alternatives de diastole et de systole du cœur, puis dans l'afflux du sang artériel pour pénétrer toutes les parties, enfin, dans son retour au cœur. Voilà pourquoi les maladies des deux systèmes alternent fréquemment ensemble. Les hémorrhagies sont tantôt artérielles, tantôt veineuses.

Enfin, il faut encore parler de l'opposition entre les systèmes sanguin et lymphatique. Le défaut de connaissance de l'origine des vaisseaux lymphatiques, nés au milieu de la masse organique, laisse encore un grand vide dans la physiologie ; mais nous connaissons leurs rapports intimes avec le système sanguin, qui fait qu'avec les veines ils sont opposés aux artères. Les maladies du système sanguin se transportent aux lymphatiques, et *vice versâ*.

La plupart des organes et systèmes ont donc ensemble des rapports tantôt plus et tantôt moins prochains. L'opposition idéale entre la sensibilité et l'irritabilité se réalise dans le cœur, les nerfs, les vaisseaux sanguins et les muscles ; celle entre la vie intellectuelle et la vie sensitive, dans le cerveau et le plexus solaire ; celle entre l'écoulement au dehors et le retour au dedans, dans l'artère et la veine. La polarité entre le cerveau et le foie, organe le plus volumineux du système veineux, est accomplie par le système ganglionnaire, d'où le foie reçoit ses nerfs. Toutes les membranes manifestent sympathie et antagonisme, comme portions d'un seul et même système, à cause de l'analogie de leurs fonctions, et parce qu'elles dépendent du système cérébral ou ganglionnaire, qui leur fournit des nerfs. En général, nous ne devons pas perdre de vue la continuité, et il faut la considérer comme la condition première de la sympathie entre les diverses parties d'un individu, quoique le rôle dynamique de ces parties, savoir, la similitude ou l'analogie des fonctions, semble toujours la principale cause de la polarité des organes. De même que, chez les animaux inférieurs, le canal intestinal n'est qu'un renversement sacciforme de la peau extérieure, de même aussi ses membranes internes sont toujours une continuation du derme. Les connexions des parties par les systèmes nerveux et sanguin sont surtout ce qui exerce de l'influence sur les sympathies. Le système nerveux domine la vie entière. Rayonnant de points centraux dans toutes les régions de l'organisme, pour se concentrer dans

le cerveau et le système ganglionnaire, il porte les sensations à la conscience, commande aux organes soumis à la volonté, et dirige les actions soustraites à l'empire de cette dernière. L'influence du sang n'est pas moins grande, puisqu'il coule du cœur jusque dans les parties les plus éloignées, à chacune desquelles il fournit les matériaux de sa propre nutrition et de toutes les humeurs qui doivent servir tant à l'entretien de l'individu qu'au maintien de l'espèce.

Les nerfs et le sang sont donc les principales conditions de la vie. De leurs anomalies doivent être dérivés tous les troubles de l'harmonie des organes qui ne tiennent point à un vice primitif de conformation. Le rapport mutuel tant des nerfs avec la circulation, et même avec la composition du sang, que du sang avec les nerfs, la dépendance dans laquelle chacun de ces deux systèmes est de l'autre, nous prouve que nous ne devons considérer aucun d'eux en particulier comme le facteur de la vie et de sa modalité, et que les systèmes exclusifs du solidisme et de l'humorisme sont tous deux également incomplets. Depuis longtemps on est dans le doute de savoir, à l'égard de la pathogénésie, si la primordialité appartient, dans la production des maladies, aux altérations de composition ou aux influences dynamiques. De longues recherches à cet égard seraient déplacées ici; mais je ferai remarquer que la force plastique, quelque nom qu'on veuille lui donner, a créé son propre organisme individuel, et que c'est cette même force qui règle et dirige tous les actes de la vie organique.

Nous ne connaissons pas de force qui agisse sans loi; seulement nous ne connaissons pas toujours les lois des forces naturelles. Cependant nous sommes en progression à cet égard, et déjà il nous est devenu possible de soulever un coin du voile qui couvre le sanctuaire de la vie organique. Si la chimie théorique n'avait jadis d'autre appui que la connaissance des affinités, elle s'est élevée depuis au rang de science par la découverte de la polarité électrique comme loi de toutes les combinaisons et décompositions. Nous reconnaissons l'électricité comme le principe actif et déterminant de toutes les opérations chimiques, dont la combinaison des matières elles-mêmes n'est que le résultat. Cette légitimité générale permet de concevoir pourquoi les affinités chimiques ne peuvent être appliquées à l'explication de ce qui se passe dans l'organisme vivant. L'abolition de la loi de ces affinités n'est point admissible; mais elle est sous l'empire de la même loi électrique qui prescrit à toute vie organique individuelle la forme de sa manifestation. On a déjà remarqué combien il est hasardé de vouloir prétendre que la vie tout entière est un acte électrique. Car, bien que les progrès de la physique nous promettent une connaissance bien plus parfaite des impondérables, quand nous parviendrions à découvrir la loi de tous les changemens relatifs aux sécrétions, à la nutrition, nous n'en serions pas plus avancés quant à ce qui concerne le principe de la propension à se conserver, de la conscience et de la volonté. Mais nous savons déjà que les lois de l'électricité donnent la forme à la vie, et que, par conséquent, celle-ci ne peut-être modifiée que par elles.

On a laissé un jeu illimité à l'imagination, pour établir l'idée de la maladie en général. Anciennement, et tout récemment encore, la maladie a été considérée comme un parasite de l'organisme. Aussi lui a-t-on attribué une vie propre, qui naît d'un germe, d'après les lois communes à tous les êtres animés, s'accroît, arrive à maturité, et enfin meurt. De cette image poétique, applicable seulement aux maladies contagieuses, nous ne pouvons tirer aucune utilité essentielle, du moins pratique, et il nous est impossible de considérer la maladie autrement que comme une forme particulière de l'activité vitale, qui ne correspond point au but de la conservation de l'individu organique. Mais si, comme l'ont établi Keilmeyer, Ritter, Prochaska, Reil, Wilbrand, Stark, Saur et autres, tous les phénomènes de la vie ont une ressemblance remarquable avec les effets de l'électricité, du galvanisme et du magnétisme, si surtout l'acte organique n'est qu'une modification de l'électro-dynamisme, ses aberrations de la forme, caractérisant la santé, doivent être soumises aux lois d'après lesquelles les impondérables manifestent leur activité.

La condition fondamentale de ce genre d'actions est la polarité, ou la présence de deux forces opposées, tendant à se neutraliser mutuellement. La tension, ou le rapport mutuel de ces deux forces, détermine donc le mode de toutes les actions. Il y a bien un certain degré de tension entre toutes les parties de l'organisme vivant, parce que toutes tendent à représenter un tout continu et harmonique, et à maintenir son individualité, mais les tensions polariques varient beaucoup entre les divers organes. Chaque partie a des rapports plus ou moins intimes, plus ou moins éloignés, avec une ou plusieurs autres.

La vie est une action continuelle, et comme tout mouvement dépend d'une tension polarique, celle-ci doit également varier pour chaque fonction. Elle est différente chez le fœtus et l'enfant qui naît, pendant l'enfance et les périodes de développement, dans l'âge mûr et la vieillesse, chez les mâles et les femelles, chez ces dernières surtout pendant le flux périodique, la grossesse, l'accouchement et la lactation. Elle varie dans le sommeil et la veille, dans les exercices de l'esprit et du corps, dans la joie et la tristesse, dans les affections et les passions, et surtout dans toutes les maladies.

Les aberrations les plus remarquables des rapports de tension sont les suivantes:

1° Persistance anormale d'une tension, qui se manifeste ou par un vice de conformation ou par un mouvement insolite. Ici se rapportent les hypertrophies, les excroissances polypeuses, l'insomnie après des efforts d'esprit ou une longue veille, l'afflux tumultueux des idées après de longues méditations, la formation d'idées fixes, la trop longue durée de l'écoulement périodique, des lochies, de la sécrétion du lait, etc.

2° La persistance trop longue d'un ou plusieurs or-

ganes dans l'état d'indifférence, qui fait que certaines tensions nécessaires ne s'établissent point, ou le font trop tard. Ces états sont fréquemment la cause du retard ou du non-développement soit des facultés intellectuelles, soit du pouvoir générateur, de la non-apparition du flux périodique, de l'absence du lait ou de la bile, de certaines espèces de léthargie, de paralysie, etc.

3° Le passage trop rapide de la tension à l'indifférence, d'où proviennent beaucoup de maladies nerveuses, par exemple, des affections hystériques, transition brusque du rire aux pleurs, des convulsions aux tétanos, de la fureur à la stupidité, de la chaleur au froid, etc.

4° L'extinction d'un pôle et la prédominance de l'autre. L'exaltation de la sensibilité s'accompagne presque toujours d'un défaut d'énergie. Dans les spasmes toniques, le pôle de la contraction domine; dans les hémorrhagies passives, l'incontinence d'urine, la diarrhée et les sueurs colliquatives, celui de l'expansion. Quand l'activité augmente dans les vaisseaux exhalans, elle diminue dans les absorbans : il survient des hydropisies. Lorsque les sécrétions acides diminuent, les sécrétions alcalines s'accroissent; de là la polycholie, quand la fonction de la peau ou des reins est troublée.

5° L'inversion de la polarité. Dans la clairvoyance magnétique, le plexus solaire prend les fonctions du cerveau; les métastases indiquent aussi un échange de pôles. De là vient aussi le changement des sécrétions acides et alcalines. Dans la goutte, où les articulations deviennent le siége d'un dépôt de phosphate calcaire, l'acide manque dans l'urine, et la bile est fort acide.

6° Le changement d'importance des organes sous le point de vue de la polarité générale. L'entendement est parfois subordonné au sentiment, et le cerveau au système ganglionnaire. L'exaltation de l'action d'un organe peu important lui acquiert la supériorité sur ceux qui le surpassent en dignité. Les vents peuvent causer, chez les hystériques, le vertige, la stupeur, même le délire et des convulsions. De même que des corps inorganiques qui paraissent être dans un état d'indifférence, acquièrent la polarité par un contact prolongé avec un barreau aimanté, de même aussi, dans l'organisme vivant, certaines parties sortent de leur état d'indifférence, et entrent en relation sympathique avec d'autres, ou commencent par acquérir une polarité positive et manifestent ensuite une activité antagoniste. C'est de cette manière qu'on voit certains organes, qui sont tout à fait insensibles dans l'état de santé, acquérir tout à coup un haut degré de sensibilité, comme, par exemple, les os, le périoste, les poils. Des ascarides, des dartres au vagin, ou des congestions hémorrhoïdales raniment quelquefois, dans l'âge avancé, les désirs vénériens éteints depuis longtemps, et peuvent déterminer une véritable nymphomanie.

—

De la loi homœopathique considérée comme source de toute guérison, abstraction faite des procédés en usage; par le Docteur Tournier, de Besançon.

(Lu à la société homœopathique gallicane, le 16 septembre 1835.)

Messieurs,

Vous avez entendu hier la parole du maître; il repousse justement du milieu de ses disciples quiconque comprend assez peu l'esprit de sa doctrine pour avoir la pensée d'une alliance monstrueuse entre elle et les préceptes décousus des anciens systèmes; nous ne pouvons que nous humilier et recevoir sa loi, puisqu'il l'a puisée dans la nature même.

L'éclectisme médical est, pour moi comme pour vous, la négation de toutes doctrines, et Dieu me garde de m'ériger en défenseur de cette illusion. Cependant, qu'il me soit permis de demander grace pour quelques procédés quelquefois employés par les homœopathes même les plus purs, non par préférence sur les procédés nouveaux toujours plus certains, mais quelquefois par une sorte de nécessité qu'imposent diverses circonstances que vous apprécierez aisément.

Si nos adversaires méconnaissent leur noble sacerdoce au point de rejeter opiniâtrement les faits les moins douteux et de repousser jusqu'à l'évidence, ne devons-nous pas de notre côté nous garantir du travers opposé, en rejetant absolument tous les procédés anciens et ceux-là mêmes qui se rattachent parfaitement au principe homœopathique, par cela seul qu'ils n'en découlent pas immédiatement?

Eh! messieurs, si l'homœopathie a découvert, comme je n'en doute pas, des agens thérapeutiques préférables à tout ce qui est jamais sorti des bocaux les plus enfumés de l'allopathie, ne savez-vous pas combien de travaux et de soins sont indispensables pour n'en faire que de justes applications? Ainsi dans des cas urgens où votre habileté pourrait se trouver en défaut, négligez-vous des procédés moins parfaits, mais dont l'application vous est plus familière, et qui peuvent, sinon guérir, du moins éloigner le danger? Non, messieurs, vous ne perdrez jamais de vue votre premier devoir, qui est de remédier par tous les moyens possibles aux infirmités humaines.

D'ailleurs, rencontrez-vous toujours entre le mal que vous avez à guérir et l'un des agens qui vous sont connus jusqu'à ce jour cette homœopathicité parfaite qui constitue la *spécificité* proprement dite? Ma croyance, je vous l'avoue, ne va pas jusque-là; vous ne le croyez pas vous-mêmes, car vous ne seriez pas à la recherche de nouveaux agens pathogénétiques. Trop souvent encore il arrive que, loin de trouver tous les caractères principaux d'un état morbide réfléchis dans une seule substance, vous soyez obligés d'employer successivement une série de remèdes pour couvrir chacun des groupes successivement décroissans des symptômes de la maladie. Dans ces cas-là même vous guérissez, il

est vrai, presque toujours plus promptement et plus sûrement que par les procédés anciens les plus efficaces. Pourtant je ne puis assimiler exactement ces sortes de guérisons à celles que vous obtenez si facilement à l'aide de la plus petite dose possible d'un seul médicament qui, la plupart du temps, n'a pas besoin d'être répétée. Celles-ci me paraissent être d'un autre ordre; elles constituent les types véritables de la guérison par *spécificité*. Dans les autres, je ne puis me défendre de voir quelque chose de moins homœopathique. Dès-lors je conçois des degrés dans l'homœopathicité, et par conséquent différens modes de guérison. En effet, si vous avez opposé avec un succès égal deux séries toutes différentes de médicamens à deux tableaux symptomatiques semblables, on en pourra conclure que dans l'un de ces deux cas au moins la nature a guéri en quelque sorte par *voie indirecte*, puisque les remèdes spécifiques ne sauraient avoir de succédanés. Or, des observations de ce genre peuvent être constatées chaque jour; c'est ainsi que la petite-vérole pourra être traitée avec un succès à peu près égal. ici par la *varioline*, là par la *vaccinine*, ailleurs par d'autres moyens homœopathiques, tels que la *belladone*, et enfin qu'elle a pu l'être par les procédés allopathiques diversement combinés.

D'ailleurs cette vérité incontestable que la dose d'un médicament doit être d'autant plus faible, toutes choses égales d'autre part, qu'il est plus homœopathique, et ces guérisons, complètes ou non, de fièvre intermittentes, dues à des doses énormes de quinquina, ne prouvent-elles pas jusqu'à l'évidence qu'il existe des moyens de guérison en quelque sorte *semi-homœopathiques*, et que par conséquent les efforts salutaires de la nature peuvent être secondés par diverses sortes de procédés.

C'est ce que nous apprend aussi l'expérience, qui a révélé au savant et judicieux docteur Gross, cet estimable vétéran de l'homœopathie, que le nombre des succès est loin d'être toujours en raison directe de celui des remèdes connus, tout en montrant quel parti on peut tirer des substances dont on connaît parfaitement les propriétés pathogénétiques. Enfin, ne guérit-on pas par voie indirecte dans la plupart des cas où l'on est forcé d'augmenter les doses? Quant à moi, je me rends compte de cette manière de la diversité des opinions sur ce point de la médecine pratique, et c'est aussi ce qui me paraît expliquer les succès à peu près égaux de toutes les doctrines allopathiques basées sur l'*humorisme* ou le *solidisme*, l'*irritation* ou l'*atonie*.

Or, ces ressources variées qu'emploie la nature, devons-nous les négliger dans tous les cas, par cela seul qu'elles ne découlent pas directement du système vraiment rationnel qui nous sert habituellement de règle? Pouvons-nous nous en passer toujours et n'en tenir aucun compte?

Cette question, bien que résolue de la manière la plus positive par notre immortel maître, me paraît de nature à pouvoir être mise au rang de celles dont il a donné plus d'une solution, d'après les inspirations de son génie et les révélations de son expérience. Pourtant je conçois que, pour lui-même et pour ceux d'entre vous, messieurs, à qui une pratique étendue et de plusieurs années a démontré toute la puissance des agens pathogénétiques, pour ceux qui se sont fait une habitude de leur juste application, et qui sont assez heureux pour ne rencontrer qu'à peine quelques revers au milieu d'innombrales succès, cette question peut avoir une certaine apparence d'étrangeté. Mais l'envisagera-t-il de même celui qui, peu confiant encore dans sa propre sagacité, doit craindre bien souvent de commettre de ces erreurs qui pourraient équivaloir au moins à une funeste inaction? Pour vous-mêmes, messieurs, malgré vos connaissances profondes, ne peut-il pas se présenter encore quelques cas où les moyens pathogénétiques découverts jusqu'ici se montrent insuffisans? car, vous le savez, nous connaissons à peine trois cents médicamens sous ce point de vue; et quand il est si présumable que tous les agens naturels sont doués de quelques propriétés spécifiques, pouvons-nous espérer trouver toujours l'arme la plus convenable dans notre arsenal encore incomplet?

Non, je ne crois pas qu'on puisse se passer toujours des moyens *indirects*. Or, qui oserait assurer que les spécifiques qui peuvent nous manquer, soit qu'ils n'aient pas encore été révélés par l'expérience, soit qu'ils n'existent pas dans la nature, ce qui n'est pas présumable, puissent toujours être remplacés par d'autres moyens pathogénétiques connus, et qui ne sauraient l'être dans aucun cas avec plus d'avantage par des agens d'un autre ordre?

Il me paraît y avoir aussi des circonstances qui excluent l'emploi de certains agens, même spécifiques, ou qui du moins semblent autoriser une sorte de préférence pour les procédés *indirects*, malgré leur incertitude trop bien constatée. Je n'oserais, par exemple, fonder une espérance de guérison sur un globule administré dans le boudoir parfumé d'une petite-maîtresse ou le laboratoire d'un chimiste.

Enfin, il est des cas où la palliation par tous les moyens possibles me paraît une indispensable nécessité; c'est quand il s'agit d'affections éminemment douloureuses, comme certaines névralgies. A moins d'être assuré d'un prompt résultat, je ne saurais quelquefois me déterminer à opposer à des douleurs intolérables des moyens susceptibles de les aggraver encore. Aussi m'arrive-t-il quelquefois, je le confesse, de recourir à des moyens *énantiopathiques* ou *allopathiques*, soit avant même d'entreprendre la guérison radicale en vertu de la loi des semblables, soit après de premières tentatives homœopathiques restées infructueuses, à raison sans doute de mon inexpérience.

Quant au traitement des affections chroniques, il ne peut nous laisser dans aucun cas la moindre hésitation, puisque les écoles allopathiques ne l'avaient pas même soupçonné; et c'est surtout en face de ces lésions plus ou moins profondes de l'organisme qu'il est toujours impossible de se passer des moyens homœopathiques proprement dits. Ce sont les seuls utiles, et par eux le nombre des maladies incurables se restreint chaque jour davantage.

Ce n'est donc que dans quelques cas de maladies aiguës où j'ai conservé quelque timidité, où quelquefois même en présence d'un danger pressant j'ai eu recours à ceux des procédés anciens dont l'effet palliatif me paraissait le plus assuré, plutôt que de risquer un mauvais choix parmi les agens pathogénétiques connus. Mais si dans cette époque de transition des vieilles routines à la thérapeutique rationnelle, je me suis cru forcé d'abandonner quelquefois les moyens que celle-ci nous prescrit, je ne me suis jamais écarté autant qu'on pourrait le croire de son principe fondamental, qui est celui de toute guérison. Dans toutes les doctrines on peut puiser des moyens thérapeutiques plus ou moins indirects; car toutes les fois que les médecins guérissent, c'est en vertu de la même loi. Cette loi, comme toutes celles de la nature, doit être immuable; les procédés seuls peuvent changer, parce qu'ils peuvent être plus ou moins certains, plus ou moins parfaits.

Si l'on examine d'un peu près les guérisons obtenues par les médecins de toutes les écoles, je ne dis pas seulement avec leurs agens *spécifiques*, mais à l'aide des moyens les plus *rationnels* du point de vue où ils sont placés, on ne tarde pas à se convaincre qu'elles sont dues à la même loi. Par exemple, d'après leurs doctrines, il ne saurait rien y avoir de plus *rationnel* que la soustraction du sang dans le traitement des congestions sanguines ou des phlegmasies aiguës. Pourtant on s'abuserait étrangement si l'on voyait dans ce procédé un effet antipathique. Les allopathes eux-mêmes ont reconnu *à posteriori* que cette évacuaion, qui paraît seule indiquée, n'est pas toujours par elle-même ce qui produit la résolution du mal, et que le plus souvent elle n'agit qu'indirectement; car ils saignent de diverses manières. Ordinairement ils préfèrent la saignée générale quand ils s'adressent aux organes parenchymateux, et les sangsues quand ils ont affaire aux organes membraneux. D'où vient cette différence? c'est que sans doute il faut autre chose que la soustraction du sang pour remplir l'indication fournie par la présence même de ce fluide; et ce *quelque chose* doit se trouver dans le moyen employé pour le soustraire, puisque ce moyen n'est pas indifférent (1). Je conçois que, par la saignée générale dans un cas de pneumonie aiguë, on débarrasse promptement le malade d'un des accidens les plus graves de la maladie, l'oppression causée mécaniquement par la stase du sang dans les vaisseaux pulmonaires. Mais par ce moyen seul il est rare de guérir complétement la maladie; il faut, pour obtenir cet effet, qu'une sorte d'excitation nerveuse résulte de l'évacuation sanguine, et alors l'affection pulmonaire peut se résoudre homœopathiquement par voie indirecte. Cependant la simple soustraction du sang peut encore quelquefois favoriser suffisamment par elle-même la réaction vitale; c'est dans le cas où la stase du sang, bien qu'étant un véritable effet de la maladie, peut à son tour l'entretenir et dès lors devenir cause occasionnelle. Mais le procédé qui consiste à éloigner celle-ci n'est pas plus allopathique qu'homœopathique; il se rattache à toutes les doctrines; le précepte qui le prescrit à dû les précéder toutes et résistera vraisemblablement à toutes les révolutions médicales.

Cependant la saignée peut quelquefois rendre service en écartant mécaniquement la cause qui entretient la maladie; elle peut aussi produire un effet homœopathique dans certaines affections thoraciques, comme les saignées locales dans quelques irritations gastriques, par exemple. Les effets de ces deux moyens, dans les cas dont je parle, me paraissent avoir entre eux la plus grande analogie.

Les sangsues que l'on applique à l'épigastre ne peuvent dégager les vaisseaux de l'estomac par la soustraction du sang qu'ils contiennent, car il n'existe aucune communication entre eux et les capillaires de la peau. Je sais très-bien que, pour expliquer cet effet, on a recours à la loi des *sympathies;* mais la sympathie est-elle donc autre chose que le retentissement vers un point de l'économie de la douleur ou d'un effet quelconque produit primitivement sur un autre point? Or, c'est par suite de ce retentissement, c'est-à-dire par une véritable irritation, ou mieux, par un effet homœopathique, que l'école physiologique guérit la gastrite.

Si l'irritation produite à la peau durait plus longtemps, on pourrait se demander si le résultat n'est pas plutôt dû à une sorte de dérivation allopathique qu'à un effet de similitude; mais qui ne sait que la véritable révulsion a besoin d'être prolongée pour que ses effets soient durables, tandis qu'il n'est pas rare de voir disparaître une gastrite comme par enchantement, et pour jamais, immédiatement ou très-peu de temps après une application de sangsues au creux de l'estomac? Au surplus, combien n'en guérit-on pas tous les jours par des moyens très-énergiques que l'on a appelés *perturbateurs,* parce que l'allopathie ne peut expliquer comment est produit l'effet qui résulte de leur action?

Il est donc probable, pour ne pas dire certain, que, dans les cas de congestion pulmonaire dont nous avons parlé précédemment, la saignée générale produit sur les nerfs de la respiration un effet analogue à celui qui résulte pour l'estomac de l'application des sangsues au voisinage de cet organe. Dans l'un et l'autre cas, l'évacuation sanguine est fréquemment suivie d'une véritable aggravation momentanée, ce qui est parfaitement conforme à la guérison, révélée par tant de faits incontestables.

Cette loi éternelle se manifeste par des phénomènes si merveilleux, qu'elle a été à peine attaquée par les adversaires de l'homœopathie. Généralement ils se sont bien gardés de s'élever à cette hauteur, et presque tout leur fiel s'est misérablement exhalé sur quelques conséquences plus ou moins éloignées du principe fonda-

(1) Ce *quelque chose,* dit M. Gosse, est peut-être l'effet d'un virus sédatif que dépose la sangsue dans la plaie qu'elle vient de faire, et qui est porté dans la circulation générale. *Maladies rhumatoïdes,* p 92. (*Note du rédacteur.*)

mental. Aussi ce principe, on ne doit jamais le perdre de vue, lors même que, ne connaissant pas les agens les plus convenables, on est forcé de puiser ses moyens d'application dans les procédés *indirects*, de quelque ordre qu'ils soient.

Qu'il me soit donc permis, vu sa haute importance, de reproduire ici quelques considérations sur le peu de valeur des objections qui se sont élevées contre ce principe.

Qu'après les faits innombrables empruntés à tous les siècles, à toutes les doctrines, on vienne demander compte de la manière dont nous comprenons que la nature procède pour produire la guérison par les *semblables*, cela peut bien ne pas surprendre quiconque sait que c'est toujours avec une extrême répugnance que l'esprit se voit forcé de laisser quelque chose au delà de sa portée; mais qu'on refuse de les accepter par la seule raison qu'ils ne sont pas plus susceptibles d'être expliqués que tous les autres phénomènes de la nature dont on ne peut rendre compte que par l'énoncé des lois auxquelles ils sont subordonnés, c'est ce qu'on peut regarder comme le comble de l'injustice et de l'obstination.

Le principe homœopathique n'a pas été inventé, mais découvert; il est dans la nature. L'axiome dans lequel il se résume peut se démontrer par le fait même, comme la pesanteur par la chute des corps graves, et l'on ne saurait exiger du physiologiste qu'il pousse les explications plus loin que le physicien qui étudie la nature sous des rapports infiniment moins complexes. L'un et l'autre rendent compte de résultats constans à l'aide des lois naturelles; mais ces lois, comment en indiquer la cause première? Ce point est au-dessus de notre faible intelligence, c'est un des innombrables problèmes qu'elle ne peut résoudre.

Ainsi donc, à ceux qui sont résolus à se renfermer dans leur étroit scepticisme jusqu'à ce qu'ils puissent s'expliquer comment les maladies peuvent guérir par les *semblables*, nous pourrions nous borner à demander à notre tour s'ils savent pourquoi elles résistent à l'emploi des *contraires*. Certes ils seraient plus embarrassés que nous encore; car nous pourrions du moins leur faire observer que deux affections analogues ne peuvent pas plus exister simultanément dans le même organe que deux corps ne peuvent occuper le même point dans l'espace; pas plus qu'en mécanique deux forces analogues ne peuvent se rencontrer dans certaines circonstances sans se neutraliser mutuellement. Qu'y a-t-il donc de surprenant à ce qu'une maladie naturelle soit en quelque sorte absorbée par une maladie artificielle de même nature et un peu plus forte qu'elle? nous a-t-on prouvé d'ailleurs qu'il ne puisse être de l'essence de la maladie médicinale de cesser spontanément après un temps plus ou moins court qui constitue sa durée normale, emportant avec elle la maladie naturelle?

Au surplus, une affection locale est-elle réellement autre chose qu'une manifestation de la maladie dynamique dont le siége est dans l'organisme tout entier? n'est-elle pas le résultat des efforts que fait la nature pour le rétablissement de l'équilibre détruit? Or, quoi de plus rationnel que de seconder cet effort en agissant dans la même direction?

On répète sans cesse qu'il faut seconder les efforts salutaires de la nature. Eh bien! que fait donc l'homœopathie? Quant aux autres méthodes, lorsqu'elles se conforment à ce précepte, font-elles autre chose que d'obéir à la loi des semblables?

Avec d'autres procédés que ceux qu'elle indique on peut pallier les maladies, mais jamais les guérir; à moins que, la cause occasionnelle étant écartée, la réaction vitale ne soit suffisante. Cette loi est donc dans la nature, elle constitue la véritable loi de guérison. Aussi le principe homœopathique n'est-il jamais applicable; car, par cela seul qu'un phénomène quelconque est produit dans l'économie, il existe des agens capables de le produire, et il n'est jamais impossible de parvenir à la découverte du modificateur propre à seconder la réaction de l'organisme. En est-il de même des méthodes *énantiopathique* et *allopathique?* Bien loin de là, c'est qu'il est rarement possible de trouver des agens propres à produire des effets réellement *contraires* à ceux qui constituent tel ou tel état morbide, et qu'on ne saurait imaginer des lésions artificielles propres à dériver chacune des maladies naturelles.

Ceux qui perdraient leur temps à la recherche de ces procédés allopathiques si opposés au vœu de la nature, ne pourraient donc qu'errer sans guide, et dans le cas où ils se réfugieraient dans le domaine de l'*énantiopathie*, ils seraient arrêtés dès les premiers pas; car, ainsi que quelqu'un de vous, messieurs, les en a déjà prévenus, il est impossible de déterminer ce que c'est qu'un *contraire*. Qu'est-ce en effet que le contraire de la petite-vérole, de la rougeole, de la gale, de la pneumonie ou du choléra-morbus?

Il faut pourtant qu'ils choisissent des agens de guérison dans l'un des trois ordres auxquels Hahnemann a dû rapporter tous les modificateurs de l'économie malade, et vous verrez qu'ils seront forcés de s'en tenir à la *spécificité*, c'est-à-dire à l'*homœopathicité*, et de l'accepter comme le seul guide que nous donne la nature pour nous conduire à la découverte des moyens curatifs.

S'ils pensaient pourtant se tirer d'embarras en se renfermant dans leurs termes généraux d'*antiphlogistiques*, de *rafraîchissans*, de *toniques*, d'*excitans*, qu'ils opposent sans cesse à ceux d'*inflammation*, d'*irritation*, d'*atonie* ou de *faiblesse*, nous en appellerions à leur propre expérience, qui leur prouve chaque jour combien sont insignifiantes, du point de vue thérapeutique, ces expressions si vagues, destinées à tomber incessamment, avec les idées qu'elles représentent, dans le vocabulaire ou le *vade mecum* des matrones et des garde-malades.

L'impuissance de l'art, dont l'expérience de chaque jour fournit tant et de si déplorables preuves, ne démontre-t-elle pas assez clairement qu'il n'est plus possible de s'en tenir à des termes généraux, et qu'en thérapeutique tout est *spécialité?* Or, les spécialités ne

peuvent se rencontrer que dans le rapport homœopathique, et toutes les fois qu'il est besoin d'aider la nature, quelque méthode, quelque procédé qu'on emploie on ne parvient à guérir qu'en se conformant rationnellement ou empiriquement à la loi des semblables; les procédés rationnels, toujours certains, sont toujours préférables quand on est assez heureux pour les reconnaître; et ce n'est que dans le cas contraire, ainsi que nous l'avons dit précédemment, que les autres ne doivent pas être tout à fait négligés.

Mais cette loi d'éternelle et incontestable vérité, que démontre l'expérience des siècles passés, comme celle de tous les jours, a donné lieu à la demande : si l'application du principe qui en découle peut être générale et toujours exempte de dangers. « Je me défie, dit l'éclectique de l'école, de tout principe absolu, et la tendance que me paraît avoir l'homœopathie à tout envelopper dans un seul aphorisme, a bien pu éloigner de mon esprit celle que j'aurais eue à soumettre cette doctrine à l'épreuve du raisonnement ainsi qu'à la sanction de l'expérience. »

Je conçois qu'on néglige les procédés les plus conformes à un principe thérapeutique, faute des agens nécessaires, ou par défaut d'aptitude à en diriger l'application; je viens moi-même d'en donner l'exemple, et sous ce rapport, je tolère, je prescris même comme un devoir une infraction à la saine doctrine. Mais qu'on ferme les yeux sur la valeur réelle de ce principe fondamental lui-même, par la seule raison qu'on suppose plus ou moins gratuitement qu'il en a été fait abus, c'est au moins s'écarter étrangement des règles de la logique. Ne ferait-on pas mieux de chercher le point au delà duquel l'application du principe deviendrait impossible, et de démontrer les erreurs qui ont pu résulter de l'exagération prétendue que l'on condamne d'une manière si commode? Nul assurément, s'il recherche sincèrement la vérité, ne tenterait en vain cette épreuve; sa confiance outrée dans les croyances de ses maîtres ne saurait y résister. Tout en persistant à restreindre théoriquement la portée du principe, il aurait grande peine à le trouver en defaut, partout où, possesseur des agens nécessaires à son application, il saurait se conformer aux règles prescrites.

L'homœopathie peut se tromper sans doute en proportion de son inexpérience, de la difficulté des indications, et peut-être de l'imperfection de son art, qui ne saurait en être plus exempt que tous les ouvrages des hommes; mais jusqu'à présent, et je ne crains pas de l'affirmer, le principe homœopathique n'a jamais failli. Chacun peut à son gré lui supposer des limites plus ou moins restreintes; mais à qui appartient-il de les poser, ces limites? Nul ne peut tenir ce droit que de l'autorité des faits, et je ne connais pas un seul fait qu'on puisse lui opposer. Sa généralité peut donc être proclamée nonobstant la réforme que je crois devoir mettre temporairement dans l'emploi des procédés qui en découlent.

Si l'application du principe homœopathique au traitement des maladies aiguës surtout a quelquefois inspiré des craintes, elles sont aussi gratuites que les doutes élevés contre sa généralité : car aucun fait jusqu'à ce jour ne les justifie. Quel danger, en effet, peut offrir une méthode tout spécifique convenablement appliquée? Or, la faculté que peuvent avoir les médicamens homœopathiques d'aggraver la maladie, leur donne seulement le caractère *spécifique* sans que l'aggravation elle-même soit indispensable à la guérison. Du moins sa manifestation n'est pas une condition necessaire, et une aggravation qui n'est perçue ni par le malade ni par le médecin ne peut offrir de danger. En vain on objectera que nous avons admis en principe que la maladie artificielle est plus forte que la maladie naturelle; nous n'avons fait que raisonner dans cette hypothèse, sans la considérer comme la réalité; et d'ailleurs si nous poursuivons la supposition nous serons forcés de reconnaître, d'après les faits, que toute aggravation homœopathique normale est nécessairement suivie d'une réaction salutaire, parce qu'elle est spécifique, c'est-à-dire conforme au vœu de la nature, à sa loi de guérison, et nous ne saurions pousser plus loin l'explication.

Toutefois, quelle que soit l'intensité d'une maladie je conçois la possibilité de l'aggraver encore sans que la vie s'éteigne à l'instant même. En effet, les symptômes morbides n'ont pas encore eu le temps, si je puis ainsi dire, de provoquer par leur retentissement dans l'économie le développement des phénomènes précurseurs de la mort, avant que la maladie artificielle ait atteint sa période de décroissement. Ainsi, l'aggravation homœopathique normale, c'est-à-dire telle qu'elle peut être produite par une médication rationnelle, est toujours exempte de dangers.

Parmi ces réflexions théoriques, peut-être n'avez-vous rien trouvé, messieurs, que vous n'ayez bien souvent pensé, et quelquefois même beaucoup mieux exprimé. Cependant cela ne m'a pas paru être une raison de m'abstenir de les reproduire sous une nouvelle forme, parce qu'il est de ces choses qu'on ne peut trop répéter.

Quant aux points de pratique à l'égard desquels j'ai montré quelque timidité, j'ai cru devoir les signaler pour provoquer de votre part des conseils précieux, et pour prévenir ceux qui débutent ou débuteront dans cette carrière de vérité, contre un enthousiasme qu'inspire à tout homme de bien une grande et précieuse découverte, mais qui ne résistant pas toujours aux difficultés d'application que l'on ne prévoyait pas, a conduit quelquefois à un désenchantement nuisible à la cause du progrès.

Si donc j'ai failli, éclairez-moi, mon vénérable Maître, mais ne me blâmez pas; car il ne faut pas confondre l'homme prudent tel que je le conçois, avec l'éclectique de l'école qui n'est guidé que par son inspiration et quelques préceptes indigestes plus ou moins contradictoires.

Si parfois j'apporte quelques restrictions dans l'application de principes dont la certitude est pourtant incontestable, elles me semblent justifiées par cette considération toute morale qu'il ne nous appartient pas

d'immoler au triomphe d'un principe la santé des hommes, et qu'il vaut mieux s'en tenir à des moyens même empiriques que de risquer dans un danger imminent un mauvais choix parmi les procédés les plus rationnels.

Vous m'auriez donc mal compris, messieurs, si vous pouviez voir dans ces réflexions une coupable tiédeur pour la découverte sublime devenue l'objet de toutes mes méditations, depuis l'instant où je me suis assuré que chaque jour l'humanité lui doit de nouveaux bienfaits. Homœopathe des plus purs par conviction, si je crois devoir renoncer quelquefois à rechercher les procédés spécifiques et m'en tenir à un simple choix parmi ceux des moyens anciennement connus, qui se rattachent de plus près à la loi homœopathique, ce n'est que par méthode de transition, sans rien ôter à la valeur absolue du principe *similia similibus curantur.*

Cette lecture ayant soulevé une vive opposition de la part de plusieurs membres de la Société, et principalement de M. Léon Simon, M. Tournier répliqua le lendemain en ces termes :

Messieurs,

Quelque confiance que j'aie dans l'homœopathie, je pense que tout homœopathe doit quelquefois se défier de lui-même jusqu'à ce qu'il ait acquis une certaine expérience; et j'ai cru devoir essayer dans la séance d'hier d'indiquer comment, sans être infidèle à la loi de guérison, on pouvait dans certains cas, en attendant qu'on fût en état de mieux faire, utiliser quelques-uns des débris de la thérapeutique ancienne. J'ai voulu prouver en effet que certains agens qu'elle emploie étaient susceptibles de produire quelquefois des effets réellement homœopathiques, et ce sont ceux-là que j'ai recommandés de préférence pour les cas où l'homœopathe pressé d'agir hésite dans le choix de moyens plus rationnels. Mais j'ai eu le malheur sans doute d'être mal compris, et je ne puis m'en tenir aux deux mots d'explication verbale par lesquels j'ai dû répondre, autant que me le permettaient le temps et mon inexpérience dans l'art de l'improvisation, à la brillante et chaleureuse attaque de M. Simon.

Depuis que j'ai compris l'*Organon,* ma pensée s'est toujours de plus en plus éloignée de toutes conceptions hostiles aux doctrines qui y sont exposées; et j'en prends à témoin homœopathes, adversaires et public, ma conduite fut toujours d'accord avec ma pensée. Si donc elle a été mal conçue, cela peut être pour avoir été enveloppée de détails qui ont pu lasser votre attention depuis longtemps soutenue. Quoiqu'il en soit, je ne puis trouver le moindre trait de ressemblance avec moi dans le portrait plein de vérité que l'on vous a fait de l'éclectique; et pour qu'il ne vous reste aucun doute à cet égard, je crois devoir vous indiquer mon but par un résumé succinct du travail que je vous ai offert.

Notre Maître exclut du nombre de ses disciples tout prétendu homœopathe qui tenterait d'allier sa doctrine avec les procédés anciens; on ne saurait lui contester ce fait. Il repousse l'éclectisme, qui est, comme je l'ai dit, la négation de tous principes; et comme lui, nous le repoussons de toute la force de nos convictions. Mais je vous avoue, messieurs, que je ne puis voir d'éclectisme que là où se trouve une lutte opiniâtre contre toute espèce de dogmes au nom d'une routine qui s'appuie d'un côté sur les tâtonnemens de l'empirisme, et de l'autre sur un amalgame de règles disparates plus ou moins arbitrairement tracées. Là où le médecin ne se soumet qu'à la seule loi de la nécessité, là où il ne fait pas un choix, il n'y a pas d'éclectisme: et c'est pourquoi j'ai voulu les avertir qu'ils n'avaient rien à redouter de l'anathème, ceux-là qui peu avancés encore dans la pratique de l'homœopathie sont quelquefois obligés de recourir à des moyens extra-spécifiques, par tout autre motif que celui d'une préférence que je condamnerais tout le premier.

C'est ce que vous avez tous fait, messieurs, en commençant à pratiquer l'homœopathie, et c'est peut-être ce qu'a fait Hahnemann lui-même. Ni lui, ni vous, s'il vous est arrivé de vous trouver en présence de cas graves dont vous ne pouviez parvenir à déterminer le spécifique, n'avez laissé périr votre malade, en envoyant sonner à la porte d'un autre médecin; sous prétexte de ne point *salir* votre pratique d'une simple apparence d'infidélité à la loi des semblables. Eh bien! messieurs, ce que vous avez fait, je réclame pour ceux qui débutent dans la carrière, je réclame pour ceux-là même qui plus expérimentés auraient quelque raison de se défier d'eux-mêmes en présence d'un cas urgent, la faculté de le faire sans avoir à redouter la réprobation du Maître; car une mauvaise arme dont on sait se servir est quelquefois préférable à la meilleure dont on ne connaît pas parfaitement l'usage. — Partant de là, j'indique comment, faute de procédés dont on n'a pas une connaissance suffisante, on peut agir par voie indirecte, le plus souvent sans s'écarter du principe de similitude qui est déduit de la seule loi des guérisons.

Mais on a dit que l'admission d'une semi-homœopathicité était subversive de la théorie de Hahnemann. Je suis loin d'être de cet avis, car on ne saurait nier qu'on ait obtenu des guérisons plus ou moins parfaites avant l'emploi des procédés homœopathiques. Qu'elles aient été dues à une sorte de hasard, peu importe; elles ne peuvent être contestées, et je crois être bien éloigné de commettre une hérésie homœopathique en les rapportant à la loi des semblables; car je n'ai jamais prétendu que les procédés anciens pussent être mis sur la même ligne que ceux véritablement *spécifiques.* Après avoir déclaré que la guérison homœopathique était la *seule* possible, et qu'on pouvait *toujours* y parvenir par voie de *spécificité,* j'ai ajouté seulement que quelquefois on pouvait y arriver par voie indirecte. Je ne vois pas là l'ombre d'une hérésie, et je persiste à penser que, quand vous ne connaissez pas le spécifique, vous devez prendre parmi les moyens dont vous pouvez disposer celui qui vous paraît s'en rapprocher le plus, et qu'alors vous pouvez encore espérer de guérir quelquefois, ou tout au moins pallier, c'est-à-dire gagner un temps précieux qui

vous permette ensuite d'appliquer le véritable spécifique pour compléter la cure.

A cela on a dit : travaillez, et vous trouverez toujours le remède propre. Le conseil est excellent, sans doute, et bien que je ne l'aie pas entendu, il est des cas pour lesquels je n'ai rien *trouvé*, quoiqu'il y eût certainement pour ces cas des spécifiques parmi les agens que nous connaissons en pathogénésie. Alors, en attendant que mon instruction se complétât, j'ai cru devoir recourir à d'autres agens, mais toujours, je le répète, en ne leur reconnaissant qu'une valeur de circonstance, et sans abandonner le point de vue de l'homœopathicité.

Mais sans commettre une hérésie nouvelle, n'ai-je pas pu supposer qu'il pût se rencontrer une des mille et mille formes de l'état morbide qui ne trouvât pas son spécifique véritable parmi les 2 à 300 médicamens connus? Je ne l'aurais pas dit, que cela fût venu à la pensée de tous ; car à quoi bon en chercher chaque jour de nouveaux s'il ne restait plus rien à trouver? alors si l'observation m'en eût été faite, au lieu de venir de moi, j'aurais répondu : *procédez par voie indirecte*, mais toujours aussi homœopathiquement que possible, pour pallier au moins si vous ne pouvez guérir; et c'est ce que j'ai dit ; voilà toute ma pensée. Est-elle donc en opposition sur quelque point avec celle de notre Maître ? S'il en était ainsi, je l'élaborerais encore ; mais je ne le crois pas. — Oh ! Hahnemann, ne me frappe donc pas de ton anathème, car j'ai compris toute la portée de ta loi.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

JANVIER 1836. (1er TRIMESTRE.)

HYGIÈNE.

—

De l'influence des conditions physiques et morales sur la longévité; des époques de la vie, et de la durée de celle-ci chez les anciens Romains, dans l'Europe moderne et actuellement en Angleterre, dans la nation prise en masse et dans les classes élevées; par le Dr S. Smith (1).

L'homme peut jouir d'un grand bonheur matériel, lors même qu'il serait privé des jouissances de l'esprit; mais le contraire n'est pas possible; tant que l'homme éprouve des souffrances physiques, il n'y a jamais de véritable bonheur pour lui. L'état d'une parfaite santé est d'ailleurs très-favorable au bonheur, tout comme l'état de bonheur prolongé est très-favorable à la santé. Lorsque l'homme est malheureux, sa santé ne tarde pas à être plus ou moins dérangée. Il est vrai que le registre mortuaire ne contient pas une liste de ceux qui périssent tous les ans, victimes des maladies, provenant de leurs malheurs; néanmoins, tout le monde peut se rappeler d'en avoir vu beaucoup d'exemples; chacun a dû remarquer le grand changement qui s'opère chez les personnes qui ont éprouvé les rudes épreuves de l'adversité. Vous voyez un homme auquel un grand malheur est arrivé: il a l'air triste, blême, défait; informez-vous de lui quelques mois après, il n'existe plus.

Il a été constaté, par M. Villermé, que la mortalité, dans les prisons de France; est de 1 sur 23, taux qui correspond à l'âge de 65 ans chez les hommes en général. Mais la plupart de ces malheureuses victimes des lois n'ont que de 25 à 45 ans. Prenons le milieu, 35 ans, il résulte que les souffrances occasionnées par l'emprisonnement et par les causes qui ont amené cet emprisonnement, privent l'homme de trente années de sa vie. Ce n'est pas le tout encore, il est prouvé, que pendant l'emprisonnement, les chances ordinaires de la mort montent à 4 fois autant.

La mortalité d'un pays peut être considérée comme une indication assez exacte de la misère des individus qui l'habitent. D'après M. Villermé, la mortalité dans la classe pauvre est quelquefois double de celle de la classe riche. Ainsi, il est reconnu que, tandis qu'il meurt 100 individus dans un arrondissement pauvre, il n'en meurt que 50 dans un arrondissement riche; et que, en France, sur toute la population, un enfant né de parens riches, à la chance de vivre 42 ans et 1/2, tandis que l'enfant né de parens pauvres, ne peut compter que sur 30 ans. Dans une des compagnies d'assurance, établies à Londres, on a trouvé que sur 330 personnes qui sont mortes pendant 26 ans (de 1804 jusqu'à 1830), il y a eu 11 suicides: c'est-à-dire 1 sur 30. Triste vérité, qui démontre l'existence appauvrie d'une partie de la population.

C'est un bien d'arriver à un grand âge, car c'est un signe, et le résultat d'une certaine quantité de bonheur, et par conséquent, à mesure que la vie se prolonge chez un peuple, c'est un signe qu'il y a pour lui une augmentation proportionnelle de bonheur. On peut jouir du bonheur, quoique la vie soit courte; mais le cas contraire n'est pas possible; on ne peut pas arriver à un grand âge, lorsque l'on est malheureux. Pour arriver à un grand âge, il faut de la tranquillité et de la santé: sans ces deux conditions, on n'a ni le désir ni la possibilité de vivre longtemps. Quelques personnes croient que prolonger sa vie, c'est prolonger ses infirmités et ses souffrances. Je ne partage pas leur manière de voir. Il n'y a qu'une époque de la vie que nos efforts puissent prolonger, c'est celle de la force et de la plus grande activité intellectuelle et morale. La vieillesse une fois arrivée, la vie ne tarde pas à s'éteindre.

La division de la vie en plusieurs époques, n'est pas une chose arbitraire, elle est basée sur la physiologie. Il y a des marques extérieures pour distinguer l'enfant, le garçon, le jeune homme, l'homme et le vieillard, et ces marques correspondent à leurs progrès physiologiques. L'enfant diffère du garçon, le garçon du jeune homme, le jeune homme de l'homme, et l'homme du vieillard, autant sous les rapports physiques que sous les rapports intellectuels. Toutes ces époques se succèdent dans l'ordre de la nature. Cet ordre ne peut pas être changé; on ne peut ni beaucoup avancer, ni beaucoup retarder chacune de ces époques. Partout, et en toutes circonstances, à une époque nommée (quoique cette époque puisse être avancée ou retardée par le cli-

(1) Traduction du quatrième chapitre de son ouvrage, *The Phylosophy of health*, ou la Philosophie de la santé.

mat ou par l'éducation), l'adolescence succède à l'enfance, la virilité à l'adolescence, et la vieillesse à la virilité. A l'âge de 2 ans il s'opère un grand changement dans l'organisation; à l'âge de 6 ans l'enfant n'est plus enfant, c'est un garçon; à l'âge de 14 ou de 16, le garçon est adolescent; à 22 l'adolescent est homme : ajoutez encore 10 ans, l'homme est parvenu à son plus haut degré de perfection. Mais à quelle époque sera-t-il en déclinaison? Quelle est l'époque fixe pendant laquelle il peut jouir de toutes ses forces? Y a-t-il une loi par laquelle tout homme, nécessairement à une époque déterminée, devienne vieillard? Est-ce que cette transition arrive à tous les hommes, à la même époque? Ne peut-on pas retarder la vieillesse? Les changemens qui accompagnent la vieillesse s'opèrent-ils en même temps chez tous les hommes? Ne voit-on pas au contraire, des personnes qui sont plus âgées à 50 que d'autres à 70, sous les rapports physiques et intellectuels? Et ne pourrait-on pas citer tel centenaire, auquel on ne donnerait pas quatre-vingts ans?

Je le répète donc, le terme de l'enfance, de l'adolescence, de la virilité et de la vieillesse, est déterminé. Rien ne peut ni l'avancer, ni le retarder. La vieillesse non plus n'est pas susceptible de prolongation. Donc, si l'on a pu prolonger le terme de l'existence de quelques années, ce n'est pas par des années ajoutées à la vieillesse; mais à l'âge mûr; à celui durant lequel les organes ont atteint leur plus grande force, l'organisation physique est dans toute sa perfection, les sens, les sensations, les émotions, les passions et les affections, sont vives, profondes, variées, et portées à leur plus haut degré; l'intellect, complétement développé, est vigoureux, sain et fort; en un mot, l'individu est capable de recevoir et de communiquer la plus grande somme de bonheur, et d'un genre de bonheur le plus élevé.

Cette vérité importante n'est pas seulement prouvée par la physiologie, mais encore par des faits appartenant à une autre science, savoir : les résultats des observations exactes sur le nombre des morts, à différentes époques, et les conséquences que l'on en a déduites relativement aux probabilités de la vie.

La loi de mortalité est aussi certaine que celle de la gravitation. Les travaux de mon ami M. Finlaison, ont déterminé cette loi, et ses rapports chez différentes nations, aux différentes époques de leur histoire, et M. Finlaison l'a exprimé d'une manière fort ingénieuse.

Il a construit une carte sur laquelle il y a 100 lignes perpendiculaires (c'est-à-dire un siècle ou 100 ans), et qui sont toutes numérotées. Ces lignes sont croisées par 500 lignes horizontales, et l'on peut mettre un point ou sur les lignes horizontales, ou dans l'espace qui existe entre deux lignes, de sorte que l'on peut écrire 1,000 points sur chacune des lignes perpendiculaires. Les lignes horizontales sont aussi numérotées depuis 1 jusqu'à 1,000, en comptant de bas en haut. M. Finlaison a fait des observations sur les naissances et les décès qui arrivent dans chaque année de la vie humaine; et, par la règle des proportions, il a réduit le nombre actuel des personnes vivantes, également dans chaque année, à 10,000 : ensuite il a établi la proportion des morts sur 10,000. Il a représenté ces proportions sur sa carte par un point inséré sur la ligne, ou l'espace horizontal qui marque le nombre des morts, et par un point inséré sur la ligne perpendiculaire pour marquer l'âge. Ensuite il a joint tous ces points par une ligne courbe, représentant la marche de la mort, sur le même nombre d'hommes, à chaque âge de la vie. Quand la courbe s'élève à côté de la ligne perpendiculaire, elle indique une augmentation de mortalité; quand elle s'abaisse, le contraire a lieu.

Or, il existe un rapport exact entre les courbes de cette carte et les époques que la physiologie a déterminées comme les termes de l'existence. L'enfant, dans son berceau, l'enfant de 2 ans, le garçon, le jeune homme, l'homme et le vieillard, n'ont pas tous les mêmes chances de mort. Il y a même une très-grande différence entre eux. Par exemple, l'enfance, la jeunesse, la virilité et la vieillesse, sont chacune sujettes à un certain degré de dangers; ces états différens ne changent jamais de place; la jeunesse ne prend jamais la place de l'enfance; la vieillesse ne prend jamais la place de la virilité; le degré de l'exposition au danger de chacune est immuable.

Prenez un certain nombre d'individus sur un tableau de la population, notez la proportion des morts aux différentes époques que j'ai indiquées, et vous verrez de suite quelle époque de la vie admet une prolongation. Choisissez les meilleurs tableaux, ceux dont l'exactitude est bien reconnue, ceux de la Prusse. D'après ces tableaux (et il en existe beaucoup d'autres, qui confirment ces résultats), on voit, que sur un million d'enfans mâles qui sons nés, il doit en mourir pendant la première année 180,492, et que sur un même nombre d'enfans femelles, il doit en mourir 155,705.

Fixons notre attention sur ces faits et sur d'autres du même genre, qui se rapportent aux différentes époques de la vie, et bornons-nous, quant à présent, au sexe masculin dont le développement est le plus marqué (voyez le rapport de M. Finlaison, imprimé par la chambre des communes en 1829). D'après l'examen et la comparaison de ces faits, il est prouvé :

1° Que la mortalité est à son minimum à la fin de l'enfance;

2° Qu'après l'enfance, elle augmente jusqu'à la fin de la jeunesse ou le commencement de l'âge mûr;

3° Qu'après le commencement de l'âge mûr, elle diminue, et qu'elle continue à diminue jusqu'à l'époque où l'homme a atteint le plus grand degré de force et de vigueur;

4° Et qu'après cette époque, la mortalité augmente, et qu'elle retourne à 48 ans, sans exception, au même degré où elle était à la fin de la jeunesse. La table suivante fait voir dans un clin-d'œil les résultats exacts de toutes ces observations.

Selon l'observ. n°	La mortalité est à son minimum à l'âge de	D'où elle augm jusqu'à l'âge de	Ensuite elle va toujours en diminuant, jusqu'à l'âge de	Elle augmente encore, mais pas dans le même degré que dans la deuxième colonne, avant qu'elle n'arrive à 48.
15	13 ans.	23 ans.	34 ans.	48 ans.
16	13 —	23 —	35 —	48 —
17	14 —	22 —	33 —	48 —
18	13 —	23 —	33 —	48 —
19	13 —	24 —	34 —	48 —
20	13 —	24 —	34 —	48 —

L'observation 15 est fondée sur le grand nombre de 9,347 nés, et 4,870 morts. Il en résulte, qu'à l'âge de 13 ans, la mortalité, sur 1 million d'individus, est de 5,742, ce qui est 174,750 de moins, que la mortalité qui se trouve dans la première année de l'enfance. A l'âge de 23, c'est 15,074, ou 9,332, plus qu'à la fin de l'enfance. A l'âge de 34 ans, époque où l'homme a atteint sa maturité, elle tombe jusqu'à 11,707, ou 3,367 moins qu'à la fin de la jeunesse. A l'âge de 48 ans, la mortalité retourne à 14,870, ce qui diffère peu de la mortalité à 23 ans. Après l'âge de 48, où l'on vient de dire que la vie commence à décliner, la mortalité augmente lentement, mais d'un pas ferme et régulier. Ainsi, à l'âge de 58 ans, c'est 29,085, ou 14,315 plus qu'à la décade précédente, presque le double. A l'âge de 78 ans, 114,255, c'est-à-dire 52,514 plus qu'à la décade précédente. A l'âge de 88, c'est 246,803, ou 132,548 plus qu'à la décade précédente.

On trouve que la mortalité, sur 1 million d'individus, pendant la première année de l'enfance, est 180,492. A l'âge de 84, c'est 178,130. Il y a très-peu de différence entre ces deux nombres. Malgré que la mortalité de toutes les époques de la vie, soit influencée par les pays, les habitudes et mille autres circonstances, pourtant, les observations prouvent, qu'à ces deux âges, savoir: 1 et 84, le moyen terme de la vie, est à peu près le même, dans tous les pays, à toutes les époques, et parmi toutes les classes de la société. Ainsi, les gentilshommes anglais, arrivés à l'âge de 84, ne peuvent compter vivre que 4 ans de plus, les pauvres pêcheurs à Ostende, peuvent aussi compter sur le même nombre. M. Deparcieux, qui a écrit il y a 90 ans, dit qu'en France, arrivé à l'âge de 84, on ne doit compter que sur 3 ans et 1/2 de prolongation de la vie; et Halley, qui a écrit, il y a 120 ans, et dont les observations remontent jusqu'au XVIIe siècle, dit qu'à l'âge de 84 ans, l'homme ne peut espérer vivre que 2 ans et 9 mois. Il est évident, d'après ces rapports, que de l'âge de 3 jusqu'à l'âge de 13 ans. la mortalité diminue toujours, puisqu'elle arrive à 13, qui est son minimum. Une autre décade termine l'époque de l'adolescence, pendant laquelle la mortalité augmente dans la même proportion. Une troisième décade change le jeune homme en homme tout formé et vigoureux, pendant cette époque (la décade dorée de la vie humaine), la mortalité diminue encore, tandis que, pendant une autre décade et demie, la mortalité se relève lentement, et revient au même point où elle était à l'époque de maturité. Ainsi, l'intervalle qui s'écoule entre la naissance et la maturité de l'homme renferme 23 ans; l'intervalle qui s'écoule entre l'époque de sa maturité et celle du commencement de sa déclinaison, renferme 24 ans; par conséquent l'époque où la mortalité ne fait pas de progrès, est précisément celle où on est capable des plus grandes jouissances, et celle qui dure le plus longtemps. Le nombre d'années qui s'écoule de chaque époque, entre la naissance et la virilité, est établi avec exactitude. Il y a trois époques; les trois âges de 3, 13 et 23 forment ces trois époques. Il y a 10 ans entre la première et la seconde; il y a 10 ans aussi entre la seconde et la troisième. Il y a des phénomènes physiologiques qui appartiennent à chacune de ces époques; on ne peut ni les avancer, ni les retarder que très-peu; ils ont lieu dans tous les pays, dans toutes les classes de la société, dans le même ordre, et presque à la même époque.

De même on voit à un âge très-avancé (lorsque la mortalité est aussi grande que dans la première année de l'enfance), savoir, l'âge de 84, des changemens physiologiques qui arrivent, et qui ne peuvent pas manquer de mettre un terme à la vie dans un certain espace de temps; cet espace de temps d'après les faits que nous avons pu amasser, est partout le même. Il faut bien que le garçon devienne homme dans un espace de temps fixe; de même, il faut que le vieillard devienne la victime de la mort. Par conséquent, c'est l'intervalle entre l'adolescence et la vieillesse, qut est seulement susceptible de prolongation.

Entre 23 et 48 ans, l'état physique de l'homme ne subit pas de changement, et il n'y a pas beaucoup de mortalité. Mais il n'y a pas de raison pour laquelle cette époque soit bornée au nombre de 24 ans. Au contraire, on sait que le nombre d'années n'est pas déterminé, et qu'il y a beaucoup de cas où la vieillesse est retardée ou avancée suivant la condition physiologique de l'homme, de manière que l'on trouve quelquefois des personnes qui ont 60 ans, même 70 ans, et qui sont plus jeunes que d'autres personnes qui n'ont qu'une cinquantaine d'années; tandis que les autres époques de la vie ne peuvent ni être avancées ni être retardées. Il est prouvé incontestablement, que la seule époque de la vie, capable de prolongation, est celle de la maturité.

En faut-il encore d'autre preuve? La statistique des maladies confirme cette vérité importante, et elle est en accord parfait avec celle de la mortalité; la mortalité étant toujours proportionnée à ses causes, c'est-à-dire, aux maladies de toute espèce. Nous n'avons pas les mêmes moyens pour démontrer le progrès des maladies à chaque époque de la vie, que nous avons pour établir l'état exact de la mortalité; mais pourtant le rapport de M. Finlaison (dont nous avons déjà parlé) nous fournit quelques documens. D'après ce rapport, il paraît que dans la classe des ouvriers à Londres, sur 1 million de mâles, la proportion des malades à l'âge de 23 ans, est de 19,410; à l'âge de 28,

de 19,670; à l'âge de 33, de 19,400; à l'âge de 38, de 23,870; à l'âge de 43, de 26,260; à l'âge de 48, de 26,140; à l'âge de 53, de 27,060; à l'âge de 58, de 36,980; à l'âge de 63, de 57,000; à l'âge de 68, de 108,040; à l'âge de 73, et au-dessus, de 317,230. On ne peut pas mesurer avec précision le degré de la mortalité par le nombre des malades qui existent à chaque âge, pourtant il y a un grand rapport entre ces deux nombres, comme on peut le voir en comparant l'augmentation progressive des maladies à mesure que l'on avance en âge, avec l'augmentation de la mortalité. Par exemple, pendant la première décade, c'est-à-dire, de 23 à 33, le nombre des malades n'est pas augmenté; de 33 à 43, l'augmentation comparée avec celle de la décade précédente, est de 6,860; de 43 à 53, elle n'est que de 800; de 53 à 63, l'augmentation est de 29,940; et de 63 à 73, de 26,230.

Tels sont les résultats que l'on a pu obtenir en considérant le nombre des malades en masse. Mais j'ai recueilli sur une classe de malades, les fiévreux, des documens plus précis.

Ayant envoyé à M. Finlaison le résultat de mes observations, concernant les fiévreux de Londres (1) pendant les dix ans qui précèdent janvier 1834 (6,000 malades), il a fait des calculs desquels il résulte que la mortalité marche de la manière suivante. Supposons que 100,000 personnes fussent attaquées par une fièvre, entre l'âge de

5 et 16	Il devrait en mourir	8,266
15 et 26	—	11,494
25 et 36	—	17,071
33 et 46	—	21,960
45 et 56	—	30,493
55 et 66	—	40,708
65 et au-dessus.	—	44,643

Ainsi, les chances de mort à 31 sont deux fois aussi grandes qu'à 11 ans. A 41, elles sont presque deux fois aussi grandes qu'à 21 ans. A 61, elles le sont cinq fois plus qu'à 11 ans, et presque quatre fois plus grandes à 65 qu'à 21 ans.

Il est évident que la vie est une chose très-incertaine. Afin de pouvoir bien comparer les degrés différens de cette incertitude selon les différentes circonstances, ceux qui ont écrit sur la statistique se sont servi de plusieurs termes dont il est très-nécessaire de savoir la signification exacte. Par exemple, il est de toute nécessité d'avoir une explication bien claire des mots suivans : espoir de vie; sa probabilité; sa valeur; son décroissement; la loi de la mortalité.

1° *Espoir de vie*, signifie le nombre d'années que l'on a le droit d'espérer à chaque époque de la vie; espoir basé sur les calculs très-détaillés, par exemple, prenons 1,000 personnes qui ont chacune 86 ans; remarquons bien le nombre des années et des jours de prolongation de la vie de chaque personne après l'âge de 86. Nous additionnons tous ces nombres et nous divisons la somme totale par 1,000, le quotient sera *la vie moyenne* ou l'*espoir de vie*. Ainsi, supposons que la somme totale soit 3,500 ans, divisons 3,500 par 1,000, le quotient sera 3 1/2. Or, on dit que 3 ans et demi c'est la vie moyenne d'une personne arrivée à l'âge de 85.

2° *Probabilité de la vie.* On présume que mille enfans sont nés, et qu'à l'âge de 1, 2, 3, etc., il en reste tant. On prend une certaine époque de la vie, on remarque quel nombre il y en a au commencement de l'époque, on remarque à quelle époque ce nombre diminue jusqu'à la moitié, l'âge auquel arrive la moitié, est ce que l'on appelle *la vie probable*, parce que (comme disent les auteurs sur le continent), les chances sont égales. On peut parier pour ou contre. Ainsi, supposons qu'il y a 1,000 hommes qui entrent en même temps dans leurs 84 ans, et que la table indique qu'à l'âge de 85 il en restera 817; à l'âge de 86, 648; à l'âge de 87, 493, à l'âge de 88, 357 et ainsi de suite. On peut dire alors que *la vie probable* à 84 est presque 3 ans, parce qu'à l'âge de 87 il en reste 493, presque la moitié du millier qui avait commencé ensemble leurs 84 ans.

3° *Valeur de la vie*, ou sa durée probable d'après les tables que nous venons d'expliquer. Mais on se sert quelquefois de cette expression très-légèrement. Par exemple, on dit souvent (lorsqu'il s'agit d'acheter une vie), une telle vie ne vaut pas 10 ans, ce qui veut dire qu'une rente viagère de 100 livres sterling par an, ne vaut pas dix fois cette somme, c'est-à-dire 1,000 sterling. Si l'on met 1,000 livres sterling chez un banquier, à un intérêt convenu, et si l'on tire tous les ans 100 livres sterling du capital, la personne en question mourra avant que l'on n'ait épuisé le capital et l'intérêt. Par exemple, à 4 p. 0/0 la valeur d'une rente viagère de 100 livres sterling, d'un homme qui a 25 ans, est de 1,694 livres sterling comptant sur 16 années 1/10, tandis que la vie moyenne est de 35 9/10 ans.

4° *Loi de mortalité*, ce qui veut dire la proportion des individus du même âge qui doivent mourir dans la même année. D'après tous les calculs que l'on a faits, il est évident qu'il y a une certaine proportion sur un certain nombre d'hommes, qui doit mourir dans chaque année de la vie.

5° *Décroissement de la vie.* Présumons toujours qu'il y a un million d'enfans mâles nés vivans (car il faut toujours retirer de nos calculs les enfans mort-nés). Si l'on trouve qu'il y en a 180,492 qui meurent la première année, il s'en suivra qu'il n'y en a que 819,508 qui restent. Les tables de mortalité indiquent que sur un million d'enfans, il doit en mourir 30,000 dans la deuxième année de l'enfance; il est évident, par la règle de proportion, que le nombre qui doit mourir sur 819,508 sera 27,863, et par conséquent que le restant, qui est de 791,615 vivra, et commencera la deuxième année. Le résultat de cette manière de faire les calculs annuels est une table de mortalité.

Le *décroissement de la vie* n'est pas la même chose que la loi de mortalité, et voici la différence. La *loi*

(1) *London fever hospital.*

de la mortalité est le résultat des observations du nombre des morts et des naissances, dans chaque année. Le *décroissement de la vie* est une série des chiffres des morts successives, c'est-à-dire le nombre des morts sur un million d'ames la première année; le nombre des morts de ceux qui ont survécu la deuxième année, et le nombre des morts de ceux qui ont survécu la troisième année; et toujours ainsi jusqu'à ce que le million soit tout morts. Dans le premier cas, le nombre des vivans est toujours le même, la variation est dans le nombre des morts: dans le second cas, c'est le nombre des vivans qui varie, tandis que le nombre des morts varie peu.

Nous avons déjà dit que la vie est très-incertaine. Le degré d'incertitude varie beaucoup dans le mêms pays, à différentes époques; dans différens pays à la même époque; dans differens endroits, dans le même pays, à la même époque; dans les mêmes endroits, dans les différentes classes de la société, et dans les mêmes classes de la société aux différentes époques de la vie. Quelques-unes de ces variations, et surtout la dernière, dépendent de l'organisation de l'homme, des sources où il puise la vie et qui sont indépendantes de lui. Mais il y a bien d'autres causes de variations qui proviennent d'éventualités et des causes morales sur lesquelles l'homme peut exercer la plus grande influence.

L'ignorance, l'apathie et la paresse dans plusieurs pays, sont capables d'abréger la vie; tandis que les sciences, l'énergie et la persévérance peuvent la prolonger beaucoup plus que l'on n'imagine.

Voici quelques faits qui servent à confirmer ce principe, que l'histoire nous a fournis d'une manière imparfaite, il est vrai, mais intéressans, comme intimement liés à notre sujet.

Nous ignorons tout à fait la durée de la vie des individus dont il est fait mention dans l'histoire ancienne, au moins nous ne savons rien de précis. Domitius Vulpianus, juge qui a véen pendant le règne d'Alexandre-Sévère, nous a transmis un document qui nous fournit les moyens de connaître l'opinion des Romains, sur les probabilités de la vie.

A Rome, comme dans quelques autres pays, lorsqu'un individu héritait d'une propriété, il était souvent obligé de faire une rente à une autre personne (par exemple à un frère cadet), jusqu'à la mort de cette personne. Cette obligation fut appelée par les Romains *une pension alimentaire*; et lorsqu'une propriété était embarrassée de ces *enfans alimentaires*, le propriétaire n'était pas libre de la vendre, à moins que l'acquéreur ne retînt lui-même, sur le prix de la vente, une somme suffisante pour pouvoir payer régulièrement cette pension alimentaire. Il en résulta que les Romains furent obligés de considérer les probabilités de vivre à plusieurs époques de la vie.

Il existe un document de Vulpianus dont Justinien fait mention, où l'on trouve l'opinion des Romains concernant la durée de la vie.

Il paraît d'après ce document, que dès le commencement de l'enfance jusqu'à 20 ans, on calculait sur une prolongation de 30 ans;

De 20 à 26 ans, on calculait sur 28 ans de prolongation;

De 25 à 30 ans, sur	25 ans
De 30 à 35	22
De 35 à 40	20
De 50 à 55	9
De 55 à 60	7
et au-dessus de 60	5

et aux personnes qui se trouvaient entre 40 et 50 ans, on accordait le nombre d'années qui leur manquait pour aller jusqu'à 60 ans, et on leur diminuait tous les ans, un an.

On n'a jamais pu trouver la véritable clef de cette méthode de calculer. Il est possible que les Romains aient adopté une des deux méthodes de calculer que nous avons déjà expliquée, savoir; celle que l'on appelle *la vie probable*; je ne pense pas qu'ils aient connu *la vie moyenne*, parce qu'ils n'avaient, pour se guider, ni tables ni registres. On peut présumer que Vulpianus, ou tout autre, a fait une liste de tous ses camarades et connaissances qui avaient (supposons) 20 ans. Il se sera procuré d'autres listes semblables à celle qu'il avait faite lui-même, jusqu'à ce qu'il ait pu amasser plusieurs milliers de noms. Il faut croire que ces listes ne renfermaient que les noms des hommes, parce qu'il était plus facile de savoir avec exactitude leur âge, et la date de leur mort, que d'obtenir les mêmes renseignemens pour les femmes. Par la même raison, il faut supposer que ces listes contenaient les noms des nobles et des habitans des grandes villes. La liste faite, la seconde chose à faire était de tenir note, par année, de tous ceux qui mouraient. En rabattant le nombre des morts entre 20 et 21 ans du nombre des vivans, on voyait combien de personnes il restait pour commencer l'âge de 21, et on pouvait aller ainsi jusqu'à la fin. Alors on eut une table pour démontrer la vie probable, c'est-à-dire une table sur laquelle on pouvait remarquer à quel âge le nombre primitif aurait diminué jusqu'à la moitié.

On peut admettre que le nombre des morts, à présent en Europe, est de 1 sur 36. Süssmilch, célèbre auteur allemand, qui écrivait vers le milieu du dernier siècle, l'estime comme tel à cette époque. Le résultat des recherches de M. Finlaison est qu'il y a fort peu de différence à présent. Il a prouvé qu'à Ostende, dans l'année 1832, c'était précisément la même chose. En comparant les tables d'Ostende, avec celle de Vulpianus, on trouve combien la vie probable chez le sexe mâle, à Ostende, excède la vie probable chez les Romains, sous le règne d'Alexandre Sévère.

A l'âge de 17 ans, il est plus élevé à Ostende, à peu près de	5 ans.
à 22	5
27	5
32	5
37	3
42	3
47	5

52	5
57	4
62	4
67	2
72	1
77	0

Il est possible que les Romains fissent quelque diminution; ils estimaient peut-être la vie trop bas, pour favoriser celui qui était obligé de payer une pension alimentaire.

Nous avons dit qu'à Ostende, la mortalité moyenne est de 1 sur 36, c'est-à-dire, qu'un enfant au moment où il commence son existence, peut espérer de vivre 35 ans 1/2; *sa vie moyenne* est 35 ans 1/2. *La vie moyenne* chez les Romains, était 30 ans Si nous supposons que les Romains ont voulu diminuer quelques années, à cause de l'intérêt de l'argent des pensions alimentaires, la vie moyenne des Romains ne diffère pas de la vie moyenne à Ostende. La vie probable à Rome et à Ostende, serait la même chose, si l'on avait diminué quelque chose à 17 ans.

On ne doit pas croire que les Romains, sans tables, sans faits positifs, dont le seul but était l'utilité, auraient pensé à faire des variations à chacun des âges qui s'écoule entre l'enfance et la jeunesse. Par conséquent, il faut présumer que la durée de la vie, à Rome, il y 1300 ans, était à peu près ce qu'elle est aujourd'hui en Europe. Mais dans ces calculs des Romains, il ne s'agit que des citoyens, à Rome, du sexe mâle, et de la noblesse. Nous ne pouvons nous former aucune idée de la mortalité exacte qui se trouvait chez le bas peuple, ni chez les esclaves, ni chez les barbares, ni chez les Européens du moyen âge.

Il faut croire qu'à Rome, la vie probable était à un point très-élevé; et qu'en Europe, pendant les siècles barbares, elle était tombée à un point très-bas. Ensuite, elle se releva peu à peu de ce point si bas, à mesure que l'Europe fut civilisée jusqu'à atteindre le même point élevé qu'elle avait chez les nobles de l'ancienne Rome.

Mais il y a, en Europe, des pays où la vie probable est arrivée à un point beaucoup plus élevé encore que chez la noblesse romaine. En Angleterre, par exemple, la vie moyenne aujourd'hui, comparée avec celle d'Ostende (qui est celle de toute l'Europe), est représentée ainsi :

A la naissance.	elle est de	41 1/2 ans.
à 12.		46 3/4
17.		41 1/2
22.		38 3/8
27.		35 1/4
32.		32
37.		28 3/4
42.		25 1/2
47.		22 1/4
52.		19
57.		16
62.		13
67.		10 1/2
72.		8
77.		6

Il ne faut pas oublier que la durée de la vie des femmes l'emporte, sur celle des hommes, de 2 ans, à chaque âge de la vie.

Il y a un manuscrit du XIVe siècle, sur la mortalité de Paris (et on ne trouve rien de plus ancien sur la statistique de l'Europe, du temps du moyen âge), où M. Villermé a trouvé que la mortalité, à Paris, à cette époque, était de 1 sur 16. On ignore les faits sur lesquels est basé ce calcul de M. Villermé; et réellement, une mortalité si énorme est incroyable. Pourtant, il y a un rapport fait vers le milieu du dernier siècle, sur Stockholm, qui n'est pas moins extraordinaire. D'après une table du docteur Price (tome II, page 411), il paraît qu'entre les années 1756 et 1763, dans toute la Suède, la vie moyenne des garçons à leur naissance, était de . . . . . 33 1/4 ans.
Des filles. . . . . 35 3/4 ans.

Tandis qu'à Stockholm, la vie moyenne des garçons était de . . . . . 14 1/4 ans
Des filles. . . . . 18 ans.

Et pendant les 20 ans qui précédaient 1800, la vie moyenne, dans toute la Suède, fut :

Des garçons. 34 3/4
Des filles. 37 1/2

Jusqu'ici, dans tous les endroits que l'homme a choisis pour son habitation, on voit l'effet nuisible de certaines causes qui dérangent sa santé plus ou moins, et à la fin, éteignent la flamme de la vie. C'est ce que l'on appelle causes de mortalité.

Il existe aussi chez l'homme, une certaine puissance *conservative* qui le rend capable de résister à l'influence des causes de mortalité. Donc le degré actuel de mortalité sera proportionné à la force des causes nuisibles, et au pouvoir de résistance. A tout âge, dans tout pays, on peut juger si la condition d'un peuple, est favorable ou défavorable à la prolongation de la vie, par le degré de mortalité qui existe chez les femmes en couches, les enfans et les malades. On ne peut comparer la grande amélioration de l'état des femmes en couches, pendant le dernier siècle, dans toute l'Europe, sans en être étonné. Il est constant qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1780, le nombre des femmes qui sont mortes en couches, était 1 sur 15. En 1817, en Prusse, c'était 1 sur 112. En Angleterre, à l'hôpital des accouchemens, à Londres, en 1750, c'était 1 sur 42: en 1780, ce n'était que 1 sur 60: entre 1789 et 1798, la mortalité était seulement de 1 sur 288; en 1822, à l'hôpital des accouchemens à Dublin, ce n'était que 1 sur 223, et à Lewes, petite ville dans le comté de Sussex, pendant une quinzaine d'années, il n'est arrivé que 2 morts sur 2,410 accouchemens, c'est-à-dire 1 sur 1,205. Il n'y a rien qui nous donne à croire que le nombre des femmes qui meurent en couches soit plus petit à Lewes, que dans toute autre ville de province, aussi bien située. Il y a un autre

fait qui n'est pas moins frappant et aussi bien prouvé : c'est que les maladies ne sont plus aussi dangereuses qu'autrefois; ce qui est confirmé par la grande diminution du nombre des morts parmi les enfans, car les enfans d'un âge très-tendre, ont peu de pouvoir de résistance; et c'est sur eux que les causes ennemies de la vie, exercent leur plus grande influence.

D'après les registres mortuaires de Genève, registres qui ont été bien tenus depuis l'année 1566, il paraît qu'à l'époque de la réforme, la moitié des enfans mourait dans leur sixième année; pendant le XVIIe siècle, dans leur douzième année; pendant le XVIIIe siècle, dans leur vingt-septième année; par conséquent, dans l'espace de 3 siècles; la vie probable, d'un enfant né à Genève, s'est trouvée augmentée 5 fois.

Aujourd'hui à Ostende, seulement la moitié des enfans nouveau-nés, parviennent à l'âge de 30 ans : en Angleterre, ils arrivent à l'âge de 45.

Toutes les maladies sont aujourd'hui beaucoup moins funestes qu'autrefois. Hippocrate nous a transmis ses observations sur 42 personnes, qui étaient fortement malades. Sur 37 qui étaient atteintes de fièvre continue, il en est mort 21, c'est-à-dire plus de la moitié. Les autres malades avaient des inflammations; 4 en sont morts, de sorte que sur le nombre de 42 malades, il en est mort 25.

A Londres, à l'hôpital des fiévreux, la mortalité varie suivant les années, de 1 sur 6, et pendant 10 années consécutives, elle n'a pas été au delà de 1 sur 7. A l'hôpital de Dublin, la mortalité moyenne, de l'an 1802 jusqu'à l'an 1812, n'était qu'un sur 12. A l'hôpital impérial à Pétersbourg, de 1 sur 4 et demi, de 1803 jusqu'à 1817. A la Charité à Berlin, de 1 sur 6, de 1796 jusqu'à 1817.

A Dresde, de 1 sur 17, et à Munich, 1 sur 9 qui est le plus petit nombre que l'on trouve en Allemagne dans les grands hôpitaux.

Dans l'année 1685, le nombre moyen des morts aux hôpitaux de Saint-Bartholomé et de Saint-Thomas à Londres, a varié de 1 sur 7 jusqu'à 1 sur 10.

Pendant 10 ans, de 1773 à 1783, il avait diminué jusqu'à 1 sur 14.

De l'an 1803 à 1813, ce n'était que 1 sur 16. Le nombre moyen pendant 50 ans, de 1764 à 1813 était 1 sur 15.

Dans les petites villes, le nombre est encore moins fort. Il est moins fort à Dublin et à Edinburgh, qu'à Londres; tandis qu'à l'hôpital de Bath, pendant l'an 1827, il n'était plus que de 1 sur 20. Cette diminution est encore plus remarquable dans les villes allemandes. A l'hôpital de Gœttingue, par exemple, la mortalité est de 1 sur 21.

Si l'on osait se fier entièrement à tous les calculs, il y aurait des preuves incontestables, non-seulement, que la mortalité varie beaucoup, selon les époques, les endroits, et les circonstances; mais qu'il y a eu une diminution de mortalité, pendant le dernier siècle, dans toute l'Europe.

Mais il y a un autre genre de preuves qui vient à l'appui de l'opinion que je soutiens. Je l'emprunte à M. Finlaison. On verra par la table ci-jointe, les degrés différens de la mortalité, et sa diminution dans tous les pays de l'Europe. Les faits qui regardent quelques particuliers sont séparés de ceux qui regardent le peuple en masse.

			ANS.	ANS	ANS	ANS	ANS.	ANS.	ANS.	ANS
	Il faut supposer qu'à chacun de ces âges, savoir :		50	55	60	65	70	75	80	85
	le maximum de la vie moyenne de tous les deux sexes est de		23	19	16	13	11	8	6	5
	Question. D'après la moyenne durée de la vie basée sur les tables les mieux établies, combien de semaines manque-t-il pour arriver au maximum ? *Réponse.*	NOMS de ceux qui ont recueilli ces faits.	SEMAINES.							
RICHES.	En Angleterre, parmi ceux qui ont reçu des rentes annuelles du Gouvernement, de 1775 à 1822.	J. Finlaison.	35	1	7	10	47	11	14	53
RICHES.	Au bureau de l'Assurance, nommé *The Equitable Office*, de 1660 à 1834.	Arthur Morgan.	119	83	87	81	96	33	10	27
RICHES.	Parmi les tontines nominataires de 1693, et de 1693 à 1775.	J. Finlaison.	269	195	170	141	157	110	90	89
RICHES.	En France, parmi les tontines nominataires de 1693, et de 1693 à 1745.	M. de Parcieu.	133	88	87	86	118	70	55	65
RICHES.	En Hollande, parmi ceux qui recevaient des rentes viagères, de 1615 à 1740.	M. Herpessoom.	186	118	104	75	96	61	48	84
PEUPLE EN MASSE.	A Breslau en Silésie, de 1700 à 1725.	Dr Halley.	275	211	181	150	166	100	36	137
PEUPLE EN MASSE.	En Suède, de 1775 à 1795.	M. Nicaud et M. Milne.	207	161	164	146	156	94	60	60
PEUPLE EN MASSE.	A Northampton, en Angleterre, de 1735 à 1780.	Dr Price.	209	178	145	110	125	76	65	85
PEUPLE EN MASSE.	A Carlisle, en Angleterre, de 1779 à 1787.	Dr Heyoham et M. Milne	98	74	86	63	94	52	26	46
PEUPLE EN MASSE.	En toute l'Angleterre et la principauté de Galles, de 1811 à 1831.	J. Finlaison.	100	59	65	68	87	48	37	49
PEUPLE EN MASSE.	A Ostende, de 1805 à 1833.	J. Finlaison.	276	210	184	146	143	76	50	76
PEUPLE EN MASSE.	Dans toute la Belgique, de 1725 à 1832.	A. Quetelet.	183	133	133	117	112	84	50	61

D'après cette table, on peut indiquer les changemens qui ont eu lieu en différens endroits, et à diverses époques, dans la durée de la vie.

Remarquons le numéro 50 dans la première colonne. A 50 ans, la vie moyenne est 23 ans, c'est le maximum. On voit alors, qu'entre 1700 et 1725, il manquait aux habitans de Breslau 275 semaines pour arriver à cet âge, et aux habitans d'Ostende, entre 1805 et 1832, 276 semaines; aux tontines nominataires anglaises, entre 1695 et 1775, 269 semaines; aux habitans de la ville de Northampton, en Angleterre, entre 1735 et 1780, 209 semaines; aux Suédois, entre 1775 et 1795, 207 semaines; aux Hollandais qui recevaient les rentes viagères, entre 1615 et 1740, 186 semaines; aux Belges, entre 1725 et 1832, 183 semaines; aux personnes qui se faisaient assurer la vie au bureau de *the Equitable office*, entre 1760 et 1834, 119 semaines; à la population entière d'Angleterre, et de la principauté de Galles, entre 1811 et 1831, 100 semaines; et à ceux qui recevaient les rentes du gouvernement, entre 1775 et 1832, seulement 95 semaines.

D'après tous ces rapports, il paraît que vers la fin du XVIIe siècle, la durée de la vie était bien moindre en Angleterre qu'en France, moindre même qu'en Hollande. Ainsi, selon M. Desparcieux, il manquait aux tontines nominataires, entre 1693 et 1745, 133 semaines pour arriver au maximum; aux Hollandais qui avaient les rentes viagères, 186 semaines selon M. Hersseboom, entre 1615 et 1740; tandis qu'il manquerait 269 semaines aux tontines nominataires d'Angleterre, entre 1693 et 1775, selon M. Finlaison, ce qui est presque deux fois autant qu'en Hollande, et certes deux fois autant qu'en France, chez les personnes de la même classe. Depuis ce temps, il y a eu de très grands changemens dans toute l'Europe, mais principalement en Angleterre. A dater du temps où la mortalité y était plus forte que celle de plusieurs autres pays européens, elle a toujours diminué jusqu'à présent, où la vie a plus de valeur en Angleterre qu'en tout autre pays du monde. Non-seulement, elle est arrivée à une valeur jusqu'ici inconnue, mais il est prouvé que le peuple d'aujourd'hui, vit plus longtemps que la noblesse des XVIIe et XVIIIe siècles ne vivait. Ainsi, on peut voir sur la table que, entre 1693 et 1715, il manquait aux tontines nominataires d'Angleterre, à l'âge de 50 ans, 269 semaines pour arriver au maximum. Tandis que, entre 1811 et 1831, il manquait à toute la population d'Angleterre et de la principauté de Galles seulement 100 semaines, le peuple, non-seulement, étant parvenu au même point que les riches, mais l'ayant devancé de 169 semaines.

Il n'y a rien de plus intéressant et de plus important que d'analyser ces faits, pour arriver à leur cause. C'est ce que je me suis réservé de faire plus tard.

———

Note sur le suicide dans le canton de Genève; par M. Prevost.

§ 1. *Coup-d'œil général sur la matière.*

Le sujet des morts violentes volontaires est, jusqu'à un certain point, la mesure des faiblesses, des misères ou des vices de l'humanité. En l'étudiant de près, on peut arriver à reconnaître quels sont plus particulièrement ces faiblesses, ces misères et ces vices, et en diminuer peut-être la pernicieuse influence.

Jusqu'à quel point l'âge, le sexe, l'état de mariage ou de célibat, le genre de profession, le lieu d'origine, le culte, la saison et l'année, peuvent-ils influer sur le nombre des suicides? Quels sont, parmi les moyens employés pour se détruire, ceux qui sont le plus fréquemment mis en usage? Quels sont enfin les motifs qu'on peut considérer comme la cause déterminante des suicides? Telles sont les questions de détail qui se présentent, lorsqu'on aborde cette matière. Outre la solution de ces questions, il est intéressant d'obtenir le rapport des suicides à la population, et au nombre des décès.

Mon travail n'est qu'une *note* dans laquelle je tâche de présenter une esquisse de l'ouvrage qui pourrait se faire sur ce sujet. J'ai recueilli les faits qui concernent le canton de Genève, dans les pièces officielles, et dans les procès-verbaux relatifs aux morts violentes. J'ai soigneusement distingué les morts accidentelles des suicides; et ne m'occupant que de ceux-ci, je n'ai pas jugé à propos de joindre les chiffres qui concernent les morts accidentelles. Je ne dois pas taire ici que ce sujet a déjà occupé, à Genève, les hommes d'état et les statisticiens. En 1827, un magistrat connu par son savoir et son talent, M. Cramer, avait fait une note sur les suicides pendant les sept années de 1820 à 1826. Cette note se trouve dans les *Archives génevoises*. Mais outre que le sujet n'y est examiné que fort en abrégé, et sous le point de vue seulement de l'âge et du sexe, il ne se rapporte qu'à la ville de Genève et à la banlieue.

Les dix années sur lesquelles ont porté mes recherches, sont celles qui se sont écoulées de 1825 à 1834 inclusivement. D'après nos lois, chaque cas de mort violente doit être éclairci par un magistrat de police, qui envoie au procureur général le résultat de son enquête; ces divers procès-verbaux sont recueillis et soigneusememt conservés au parquet. C'est en compulsant les pièces officielles, et en les dépouillant avec soin, que j'ai fait ce travail. Plusieurs cas douteux ont été laissés de côté, et je n'ai classé parmi les suicides que les cas où il était manifeste que la mort était volontaire.

Le même sujet a encore occupé un habile médecin, M. Lombard. Mais outre que, dans son mémoire qui traite *de l'influence des professions sur la durée de la vie* (1), ce médecin n'étudie le sujet des suicides que

(1) V. *Annales d'Hygiène*, t. XIV, p. 88.

sous le point de vue spécial des professions qu'exerçaient les malheureux qui se sont donné la mort, il ne rapporte son travail qu'à la ville et à la banlieue, et il l'a fondé sur le dépouillement des notes prises par le médecin qui constate les décès. Les procès-verbaux officiels sur lesquels le suicide est établi, se rapportent à tout le canton; et ces pièces officielles sont, à mon avis, les seuls élémens qui puissent faire constater le nombre exact des suicides et qui puissent les faire distinguer, sans erreur, des morts violentes purement accidentelles.

§ 2. *Suicides suivant les âges.*

L'âge pendant lequel les suicides paraissent être les plus fréquens est celui de 50 à 60 ans, puisque, sur 133 cas, il y en a eu 34 appartenant à cet âge. Voici la répartition pour les dix dernières années:

Ages.	Nombre de cas en 10 ans.	Hommes.	Femmes.
De 50 à 60	34	25	9
20 à 30	30	22	8
60 à 70	19	10	9
30 à 40	18	15	3
40 à 50	15	13	2
70 à 80	9	6	3
10 à 20	5	3	2
80 à 90	3	1	2

L'âge des passions les plus fortes, savoir de 20 à 30 ans, paraît naturellement placé assez haut dans l'échelle, et tout naturellement encore les jeunes gens et les vieillards se trouvent au bas de l'échelle, les premiers, comme étrangers encore aux soucis et aux misères de la vie, et les vieillards, comme peu nombreux, relativement au chiffre de la population.

§ 3. *Suicides selon les sexes et selon l'état de mariage ou de célibat.*

Il se présente plus de suicides du sexe masculin que du sexe féminin, dans le rapport de 95 à 38, ou environ 3 à 1, et plus de célibataires que d'individus mariés ou en état de veuvage, dans le rapport de 70 à 63, ou environ 7 à 6. Cependant, chez les femmes, les suicides sont plus nombreux parmi les mariées ou les veuves que parmi celles qui ne le sont pas, dans le rapport de 21 à 17. Mais chez les hommes, le rapport est dans le sens inverse, savoir de 42 à 53; ce qui fait, qu'au total, les suicides des célibataires sont plus nombreux que ceux des gens mariés ou en état de veuvage.

Ces résultats ne doivent pas étonner ceux qui ont eu occasion de voir de près l'intérieur des familles peu fortunées, et de reconnaître combien les femmes, dans cette classe, ont d'énergie, de courage et de patience, et combien elles se laissent moins aller que les hommes au découragement et aux vices qui en sont la suite. En outre, les hommes ont à leur portée des moyens de destruction que n'ont guère les femmes, notamment les armes de toute espèce (1).

§ 4. *Suicides selon les professions.*

Le recensement opéré dans le canton de Genève, en 1834, n'a pas été entièrement dépouillé sous le point de vue des chiffres des diverses professions. Ce travail a été fait pour la ville de Genève, mais non pour les communes rurales, en sorte que l'on ne peut pas établir d'une manière exacte pour chacune de ces professions, le rapport du nombre des suicides au nombre des individus qui l'exercent.

Cependant, comme hors de la ville, les états étrangers à l'agriculture ne sont pas exercés en assez grand nombre pour rompre la proportion qui existe entre leurs chiffres dans la population de la ville, et comme il est bien reconnu que, proportion gardée, il y a beaucoup moins de suicides parmi les cultivateurs que parmi les gens de métiers et les habitans des villes, il n'est pas inutile d'étudier les rapports des nombres proportionnels des individus des classes correspondantes qui, dans le canton, se soient ôté la vie.

Sur 121 individus dans la ville :		Sur 121 suici. dans le canton.	
1° March., négo., let. . .	12	Lesdits sont.	17
2° Horlogers, bijou. . . .	21	—	20
3° Mécaniciens.	2	—	6
4° Exerçant d'autres mét.	63	—	58
5° Domestiques.	23	—	20
	121		121

On voit par ces rapports approximatifs, que les divers états, dans la ville, n'ont guère de reproches à se faire mutuellement, sous le point de vue des suicides. Car les nombres de ceux-ci sont à peu près proportionnels à ceux des individus qui les exercent. Quant aux cultivateurs, puisqu'il n'y a que 12 suicides de leur classe, sur toute la population, pendant dix ans, et qu'on peut estimer à environ 18,000 âmes la population du canton, on doit reconnaître qu'ils sont dans une proportion très-faible pour ces morts volontaires. En effet, sur cette base, on peut estimer que, pour être dans la même proportion que les autres états, il devrait y avoir 39 suicides, au lieu de 12, dans cette classe. Les occupations constantes des habitans des campagnes, leurs travaux pénibles et en même temps salubres, les rendent moins sensibles aux soucis de la vie, et fournissent une explication plausible de la petitesse de ce chiffre.

(1) Dans le département de la Seine, le rapport des suicides du sexe féminin à ceux du sexe masculin, est environ celui de 1 à 12, au lieu d'être, comme à Genève, de 1 à 3 environ. Le rapport des suicides des gens mariés à ceux des célibataires, dans le département de la Seine, est environ celui de 8 à 9, au lieu d'être, comme à Genève, de 6 à 7 environ.

On peut remarquer que, quoique les proportions dans les autres professions ne soient pas fort dépassées, néanmoins, les classes éclairées, lettrées, ou exerçant le haut commerce, sont celles qui, proportion gardée, présentent le plus de cas de suicides.

Quand on fait abstraction des rapports, et que l'on considère les chiffres absolus, on est frappé du nombre des suicides parmi les horlogers et les bijoutiers (20 sur 133 cas de suicides); ou parmi les domestiques (aussi 20 sur 133 cas); mais cela vient naturellement de l'étendue de la fabrication d'horlogerie et de bijouterie, à Genève, et de la multitude des gens de service de la ville.

§ 5. *Suicides selon les lieux d'origine.*

D'après le recensement de 1834 à Genève,

Sur 133 indiv., il se trouve :		Or, sur 133 suic., en 10 ans, il se trouve :
Genevois.	89	— 82
Vaudois.	12	— 17
Autres Suisses. . .	6	— 10
Français.	8	— 3
Savoyards.	13	— 10
Allemands.	3	— 9
Autres nations. . .	2	— 2
	133	133

Ainsi, proportion gardée, les Allemands sont ceux qui présentent le plus de cas de suicides, trois fois plus que dans la proportion de la population, ils ne devraient en présenter. Ceux qui en offrent le moins sont les Savoyards et surtout les Français, qui sont réduits presque au tiers de leur chiffre proportionnel.

Du reste, les proportions ne sont pas dépassées.

§ 6. *Suicides selon les cultes.*

Le rapport du nombre des protestans à celui des catholiques, dans le canton de Genève, est, d'après le recensement de 1834, de 77 à 56, c'est-à-dire :

Sur 133 habitans, il y a :		Or, sur 133 cas de suicides, on a compté :
Protestans. . . .	77	— 107
Catholiques. . .	56	— 26
	133	133

Ce résultat mérite de fixer l'attention des personnes qui s'occupent de l'éducation morale et religieuse des protestans.

§ 7. *Suicides selon les moyens de destruction.*

Nous voyons, dans le canton de Genève, les suicides par submersion être les plus fréquens.

Sur 133 cas, il y en a :

par submersion.	55
coups d'armes à feu.	31
Strangulation.	18
chute volontaire.	15
instrumens tranchans.	7
poison.	7
	133

Il est assez naturel que, dans un petit pays, où les facilités de se noyer se rencontrent de toutes parts, où il y a un lac et deux rivières d'un cours rapide, ce moyen de destruction soit préférablement employé. On comprend aussi que la présence d'armes à feu à la disposition de tous les hommes qui font partie de la milice, rend encore très-facile la destruction par coup d'arme à feu. Il est remarquable que, en dix ans, aucun cas d'asphyxie volontaire par le charbon ne se soit présenté, tandis qu'à Paris, ce moyen se voit souvent employé.

Voici quelques détails sur les moyens de destruction préférablement employés, suivant les sexes, les âges et les lieux d'origine.

1° Les hommes seuls, comme cela est naturel, s'arrachent la vie par un coup d'arme à feu et d'instrument tranchant. Au contraire, les femmes sont presque seules à recourir aux chutes volontaires et à l'empoisonnement. Ce dernier moyen a été employé en 10 ans, deux fois par l'arsenic sous la forme de terre aux mouches; trois fois par de l'acide sulfurique, une fois par l'opium, et enfin une fois par *de la poudre à canon.*

2° Il n'y a pas de grandes différences dans la moyenne des âges des suicides, quel que soit l'instrument de destruction qu'ils aient choisi. L'âge moyen roule entre 39 et 46 ans. La moyenne inférieure se rapporte aux suicides par instrumens tranchans, et la moyenne la plus élevée, à ceux par strangulation.

3° Quant aux lieux d'origine, les étrangers au canton recourent à la mort par submersion et à celle par instrument tranchant dans une proportion plus forte. relativement aux Génevois, qu'ils ne recourent aux autres moyens de destruction, tandis que les Génevois se livrent à la mort par le fusil ou le pistolet, et par le poison.

§ 8. *Suicides selon les mois de l'année.*

Les saisons paraissent influer, d'une manière très-sensible, sur le nombre des suicides. On voit, par exemple, que le mois d'avril est presque constamment celui où ce nombre est le plus fort. En 10 ans, l'échelle de comparaison des mois à cet égard, est comme il suit :

Sur 133 suicides, il y en a eu

En avril. . . .	19	Mars.	10
Juin.	17	Novembre. . .	9
Août.	17	Septembre. . .	6
Juillet. . . .	15	Janvier. . . .	5
Octobre. . . .	14	Février. . . .	5
Mai.	13	Décembre. . .	3

Il paraîtrait évident, par là, que le printemps a une funeste influence à cet égard, et que, durant les fortes chaleurs, les suicides sont aussi plus nombreux que pendant la saison froide.

Il est curieux encore de voir certaines semaines, ou même certains jours, marqués par plusieurs cas de suicides. Par exemple, le 9 avril 1830, il y eut dans le canton, deux suicides, et les jours environnans, il y en eut plusieurs autres; le 20 mai 1830, il y eut deux suicides. Le 28 et le 29 mars 1831, il y en eut un chacun de ces jours; de même le 3 et le 4 juillet de la même année. Le 20 avril 1833, il y en eut deux de même le 5 juillet suivant.

On peut vraisemblablement attribuer, en partie, cette coïncidence de plusieurs suicides dans un court espace de temps, à certaines influences atmosphériques. Néanmoins, l'examen des tableaux météorologiques n'a pas mené à des résultats bien concluans à cet égard. Il semble seulement que les fortes chaleurs et les brusques variations dans le vent, dans l'état du ciel, ou la pesanteur de l'air, ont quelque influence sur l'augmentation du nombre des suicides, dans certaines semaines.

§ 9. *Suicides selon les motifs présumés de destruction.*

Partout, les souffrances physiques et les maladies sont une des causes les plus fréquentes du dégoût de la vie, et par là, un des motifs les moins rares des suicides. A Genève, il y a eu

Pour cause de maladie physique.	34
Aliénation mentale.	24
Dérangement d'affaires.	19
Chagrins domestiques.	15
Mélancolie sans cause connue.	13
Mauvaise conduite. Ivrognerie.	10
Crainte de punitions. Remord.	6
Chagrins d'amour.	6
Jeu et loterie.	4
Mysticisme.	2

§ 10. *Rapport des suicides à la population et au nombre des décès.*

On peut calculer que, dans le canton de Genève le rapport du nombre des suicides est à celui des décès, de 1 sur 90 1/8. Dans le département de la Seine, en n'ayant égard qu'aux suicides suivis de mort, ce rapport est de 1 sur 102.

M. Lombard, dans son mémoire déjà cité, ne trouve ce rapport que de 1 sur 149. Il y a eu sans doute des omissions dans l'indication des suicides, de la part du visiteur des morts, sur les notes duquel M. Lombard fonde ses calculs. Quant aux notes de M. Cramer, déjà citées, elles arrivent à peu près aux mêmes résultats que celui auquel je suis parvenu, savoir : 13 suicides 1/2 par an; mais il ne fonde ses calculs que sur la ville de Genève et la banlieue et non sur tout le canton; tandis que les procès-verbaux qui sont arrivés au chiffre de 133 suicides pour 10 ans, ou 13 1/3 pour un an, concernent aussi bien les communes rurales que la ville.

Le rapport du nombre des suicides à la population totale dans le canton de Genève (population moyenne des 10 dernières années 53, 000 âmes) est de 1 sur 3,985. Chaque année, le nombre des morts volontaires a paru s'accroître. De 6 par an qu'il était en 1825, on le voit s'élever en 1833, au nombre de 24. L'année dernière, il est vrai, il n'y en a eu que 16. On doit faire des vœux pour que cette réduction se maintienne et que l'accroissement ne suive pas la progression effrayante qu'il semblait prendre. Dans tous les cas, il est juste de faire observer, d'un côté, que presque partout cette progression a été remarquée, et de l'autre, que la population du canton de Genève s'est accrue pendant ces dernières années, de plusieurs milliers d'âmes, et qu'elle tend encore à s'accroître. De 51,113 âmes que portait le recensement de 1822, la population du canton a monté à 56, 655 âmes, d'après le recensement de 1834. On doit remarquer encore que, chaque jour, la police s'améliore et que les enquêtes se font plus régulièrement. Plusieurs morts volontaires que, faute de renseignemens exacts et circonstanciés, on aurait précédemment laissées dans la classe des morts accidentelles, peuvent aujourd'hui, que les enquêtes sont soignées, se vérifier comme morts volontaires et se classer par conséquent, parmi les suicides dont le chiffre est ainsi augmenté.

Il y a eu dans le canton de Genève (1).

En 1825,	6 suicides.	En 1830,	16 suicides.
26,	6	31,	18
27,	9	32,	12
28,	13	33,	24
29,	13	34,	16
			133

MÉDECINE LÉGALE.

Rapport sur un cas de rupture de la vessie occasionnée par des coups portés sur la région hypogastrique; par MM. P. Guersent et Denis.

Deux hommes se prirent de querelle dans un café; l'un d'eux saisit l'autre par les cheveux, et après l'avoir secoué violemment, à plusieurs reprises, et lui avoir

(1) Je n'ai compté, pour le canton de Genève, que les suicides suivis de mort; quand j'ai comparé ces suicides à ceux d'un autre pays, j'ai eu soin de faire pour ce pays la déduction des tentatives de suicide

(Extrait de la *Bibliothèque universelle*, publié à Genève, juin 1835.)

donné un coup de genou dans le ventre, il le jeta par terre et lui donna un coup de pied dans la même partie du corps. On releva celui-ci et on le porta au lit, il était mort au bout de sept jours. L'autorité ordonna que l'ouverture du corps serait faite et en chargea MM. P. Guersent et Denis, qui rédigèrent, à cette occasion, le rapport qu'on va lire.

« Nous soussignés. . . . . avons procédé à l'ouverture du corps du sieur F. mort depuis hier matin. Le cadavre est celui d'un homme de 30 à 38 ans, très-fortement constitué et d'une taille d'environ 5 pieds 6 à 7 pouces; on ne remarque aucune trace de contusion à la face, ni au crâne, aucune ecchymose autour des yeux. Les mâchoires sont serrées. Il s'écoule, par la bouche, une très-grande quantité d'un liquide rouge-noir. On remarque des vergetures cadavériques sur la partie antérieure de la poitrine; la trace d'un très-large vésicatoire sur la région épigastrique et environ cent piqûres de sangsues, sur la région hypogastrique. L'abdomen est distendu, et en le percutant, on sent qu'il y a un liquide épanché. A trois pouces à droite de l'ombilic, un peu plus bas que le niveau de celui-ci, on remarque deux petites excoriations, une autre au-dessous de l'anneau inguinal droit, une quatrième plus légère dans l'aîne du même côté et une cinquième à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche au-dessous de l'arcade crurale. On remarque également, à la partie postérieure du tronc et des fesses, des vergetures cadavériques très-prononcées, de petites écorchures à la fesse droite; des vergetures se montrent également aux parties postérieures des cuisses et des bras. La partie interne et inférieure de chaque avant bras est le siége d'une cicatrice ancienne qui paraît être le résultat d'une brûlure. On remarque une piqûre de saignée au pli du bras droit et une autre au pied gauche. La raideur cadavérique existe aux poignets et aux extrémités inférieures. Il y a une cicatrice ancienne à la partie externe du genou droit et une autre à la partie externe de la jambe du même côté.

Le cuir chevelu enlevé, on remarque une légère ecchymose de l'étendue d'un pouce environ, au niveau du pariétal gauche. L'examen des membranes du cerveau, du cerveau lui-même et du cervelet nous a démontré que toutes ces parties étaient dans l'état sain.

Rien de remarquable à l'extérieur des organes contenus dans la cavité de la poitrine. Le poumon gauche est adhérent à la plèvre costale, dans toute l'étendue de sa surface qui correspond latéralement à cette membrane; les deux poumons sont sains d'ailleurs et crépitans, seulement la base du poumon gauche, l'est un peu moins : ils sont gorgés de sang noir. Les bronches et la trachée-artère sont dans l'état sain et contiennent un peu de liquide semblable à celui qui s'écoule incessamment par la bouche. L'œsophage est également sain. Le cœur est volumineux, sain, et il contient du sang sous forme de caillots. Le péricarde ne contient presque pas de sérosité.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une très-grande quantité de liquide sanguinolent, ayant une odeur ammoniacale. L'extérieur de l'estomac et des intestins est d'une couleur brune, parsemé de quelques plaques rouges. On remarque des adhérences et des fausses membranes sur les intestins qui sont dans le petit bassin, surtout vers les parties qui touchent à la vessie, sur le cœcum et sur les parties des intestins qui avoisinent la fosse iliaque droite. La membrane péritonéale est fortement enflammée partout où l'on remarque ces adhérences et ces fausses membranes. A la partie postérieure et supérieure de la vessie, on trouve une déchirure verticale de deux pouces environ d'étendue. La paroi de cet organe est divisée de part en part dans la moitié inférieure seulement de la déchirure, la moitié supérieure s'arrête à la membrane muqueuse. Les lèvres de cette déchirure sont comme dentelées et sont recouvertes d'une espèce de fausse membrane. Leur pourtour est ecchymosé. La membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur de la vessie est boursouflée, fortement enflammée et l'inflammation s'arrête au col de cet organe. L'estomac et les intestins contiennent une très-grande quantité de liquide grisâtre. Le colon contient, en outre, beaucoup de matières fécales récentes. Leur membrane muqueuse est saine, hormis quelques petits points rosés. Le foie est sain. La vésicule biliaire est distendue par un liquide noirâtre. La rate et les reins sont sains. Les muscles de l'abdomen qui correspondent aux régions hypogastrique et ombilicale, examinés avec le plus grand soin et couche par couche, n'ont offert aucune trace de contusion. Les excoriations dont nous avons parlé plus haut, ayant été divisées en tous sens, on remarqua qu'elles se bornaient à la superficie de la peau.

De tout ce qui précède, nous n'hésitons pas à déclarer que la mort du sieur F. est due à la rupture de la vessie, laquelle rupture ayant permis à l'urine de s'épancher dans la cavité abdominale, ce liquide est devenu une cause d'inflammation qui a dû être promptement mortelle, et contre laquelle, par conséquent, tous les moyens de l'art étaient impuissans. Nous croyons pouvoir déclarer, en outre, que cette rupture a dû être causée par des violences extérieures exercées sur la région hypogastrique.

Il paraîtra peut-être étonnant qu'une lésion aussi considérable ait pu être produite à la vessie, sans que les parties qui se trouvent au devant d'elle soient au moins atteintes de contusion. Nous dirons à cela que la chose est possible, surtout si la vessie était remplie de liquide au moment où des violences ont été exercées, et que les annales de la chirurgie en offrent des exemples. Nous ajouterons que l'un de nous a été témoin de l'autopsie d'un militaire, mort 48 heures après avoir reçu un coup de pied de cheval au bas-ventre, chez lequel on trouva une rupture de l'intestin grêle, sans qu'il y eût la moindre altération à la paroi abdominale.

Paris, le 8 janvier 1829.

Signé, P. Guersent *et* Denis.

Le sieur W., qui avait frappé F. et l'avait terrassé, fut traduit devant la cour d'assises de la Seine, sous l'accusation d'homicide volontaire. La question d'homicide et celle de coups et blessures, résultant du débat, furent posées au jury qui répondit *oui* sur la dernière question seulement. En conséquence, l'accusé fut condamné à 15 mois de prison et à 100 fr. d'amende.

Rapport sur un infanticide; par le Dr Boys-de-Loury.

On trouva, dans le conduit d'une fosse d'aisance d'une maison de campagne des environs de Paris, les restes d'un cadavre de fœtus. Le rapport d'un médecin du pays, constatait que le cadavre aurait séjourné très-peu de temps dans ce conduit et que la mort était récente. Les soupçons se portèrent sur une jeune personne qui habitait cette maison avec sa famille, et ils paraissaient d'autant mieux fondés, que ces personnes avaient abandonné le projet de passer l'été à la campagne, très-peu de temps après leur installation, pour revenir à Paris quelques jours avant la découverte de ce fœtus. La maison n'était habitée par aucun autre locataire, elle était vacante depuis leur départ.

On procéda à une nouvelle enquête, et, sur l'ordonnance de M. le procureur du roi, je me rendis en cette commune, et m'étant transporté au cimetière, on retira d'une fosse une boîte contenant les restes d'un cadavre de fœtus, et l'autorité m'ayant demandé si, d'après l'inspection de ces débris, on pourrait préciser l'âge de l'enfant, dire s'il avait respiré, si cette inspection ferait soupçonner quelque crime, et quelle aurait été la durée du séjour de ce petit cadavre dans la fosse d'aisances, je répondis par le rapport suivant :

Je soussigné..., ayant enlevé de la boîte les restes du cadavre mêlés à du chlorure de chaux par le médecin qui les avait examinés avant moi, j'ai reconnu qu'une grande partie du cadavre manquait; tous les os du crâne étaient détachés, sans fracture, n'adhérant plus aux parties molles, les os seuls de la base du crâne étaient réunis, mais ne tenant plus aux vertèbres; quelques-uns des os de la face étaient détachés, la mâchoire inférieure était séparée à la symphise, entièrement dénudée, et présentait les germes de la première dentition. En réunissant autant que possible les os du crâne, on reconnaissait que les diamètres étaient à peu près ceux d'une tête de fœtus à l'époque de la naissance.

La colonne vertébrale était complète, attachée aux côtes qui étaient séparées les unes des autres, et dont l'extrémité sternale était à nu.

L'omoplate gauche était le seul reste du membre supérieur gauche; à cet os du côté droit étaient fixés la clavicule et l'humérus dénudés de cartilages, retenus par quelques détritus de parties molles : la peau de ce membre était entièrement détruite.

Le bassin était aplati et déformé; un lambeau de peau, qui recouvrait la partie postérieure du tronc dont il avait conservé la forme ainsi que celle de la partie inférieure et postérieure de la tête, y adhérait. Ce lambeau de peau avait une teinte d'un gris verdâtre; ses bords étaient épaissis, déchirés irrégulièrement, et sa surface était recouverte de tubercules crétacés, arrondis, élevés en forme de pustules, quelques-uns ressemblaient à des excroissances de la peau en forme de végétations, ces tubercules étaient blancs, présentaient une cristallisation amorphe et diffuse sur plusieurs points de leur étendue. Ils paraissaient composés de sous-phosphate de chaux uni au gras de cadavre.

Les membres inférieurs, de la longueur de ceux d'un enfant à terme, tenaient au bassin. La peau était d'un jaune verdâtre à peine détruite, les ongles tenaient à la peau.

J'ai incisé l'épiphyse inférieure des fémurs, les cartilages temporaires étaient d'un rouge très-intense, et dans leur centre, un point osseux s'était développé. J'ai trouvé le calcanéum et l'astragale en partie ossifiés.

Au devant de la colonne vertébrale, je n'ai trouvé, pour représenter tous les organes, qu'une masse verdâtre et lisse à l'extérieur, lie-de-vin à l'intérieur, que j'ai reconnue être le foie.

De l'examen qui précède, j'ai conclu :

Que l'enfant était du sexe féminin et à terme (j'ai basé cette conclusion sur le développement de points osseux dans le centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur, dans le calcanéum et l'astragale);

Que je ne pouvais déterminer si cet enfant était né viable, les organes dont l'inspection était nécessaire pour asseoir mon jugement manquant tout-à-fait.

Enfin, que je croyais déjà éloignée l'époque où le cadavre aurait été jeté dans la fosse, et cette opinion était fondée, non pas sur l'absence des organes qui auraient nécessairement résisté à la destruction pendant un temps beaucoup plus long, mais sur la transformation d'une partie de la peau en une matière savonneuse incrustée de tubercules blancs de sous-phosphate de chaux, caractère indiqué par M. Orfila, et que j'avais déjà rencontré dans des circonstances semblables. Ce rapport ne coïncidait pas avec celui du médecin pour l'époque à laquelle je fixais la mort de l'enfant qui était, selon moi, beaucoup plus éloignée que celle qu'il assignait, et plus ancienne que l'arrivée des locataires soupçonnés. Pourtant personne autre qu'eux n'avait depuis longtemps habité cette maison. Mon rapport donna lieu à de nouvelles perquisitions, et l'on s'aperçut que le tuyau des fosses d'aisance recevait une descente d'une maison mitoyenne dans laquelle on fit des recherches. Il résulta des informations, qu'une domestique avait voulu cacher sa grossesse dont ses maîtres s'étaient aperçus, et qu'après avoir gardé le lit pendant quelques jours, prétextant une indisposition, elle s'était enfuie sans qu'on ait découvert le lieu de sa retraite.

Examen d'ossemens trouvés enfouis dans une cave; par le Dr Boys-de-loury.

Sur la réquisition de M. le juge d'instruction près le tribunal de première instance de la Seine, nous nous sommes transporté dans le cabinet de ce magistrat, et après serment préalable par nous prêté entre ses mains, conformément à la loi, nous ont été représentés des ossemens et débris d'ossemens, à l'examen desquels il nous a requis de procéder à l'effet de déterminer :

1° S'ils sont en tout ou en partie, des ossemens humains ;

2° S'ils ont appartenu à un seul ou à plusieurs individus ;

3° Quel était le sexe de ces individus ;

4° Quelle était leur taille ;

5° Quel pouvait être leur âge ;

6° A quelle époque ils ont dû être inhumés.

7° Si ces ossemens présentent quelques caractères particuliers qui pourraient faire reconnaître les personnes auxquelles ils ont appartenu. M. le juge d'instruction nous invitant en outre à donner tous les renseignemens, résultant de notre examen, qui seraient de nature à éclairer la justice.

Ayant procédé sur-le-champ aux opérations qui pouvaient nous mettre à même de résoudre les questions ci-dessus posées, nous avons reconnu ce qui suit :

1° Parmi les os qui nous ont été présentés, un petit nombre appartient à des animaux : tels sont une tête d'humérus, une partie de l'os du canon, ainsi que quelques fragmens d'os longs de bœuf. Le reste qui est beaucoup plus considérable, appartient à la race humaine.

2° Ces ossemens appartiennent à deux individus, les os d'un membre d'un même côté, se sont représentés deux fois. On a retrouvé un bien plus grand nombre d'os ou de fragmens d'ossemens d'un de ces individus que de l'autre; les premiers se distinguent des seconds par leurs dimensions plus petites, par leur épaisseur moindre et par leur coloration qui est plus blanche. Les parties que nous avons reconnu appartenir au premier individu, sont : 1° Un crâne dont les os de la base qui étaient détachés ont pu être rapprochés exactement; la face, dont nous n'avons retrouvé que l'os malaire et des cellules ethmoïdales. 2° Une portion de l'os maxillaire inférieur, formant la portion alvéolaire gauche et à laquelle sont restées attachées une incisive et deux grosses molaires. 3° Quelques portions d'os plats paraissent appartenir aux os des parties latérales du bassin. 4° Une petite portion de la deuxième et troisième côtes gauches. 5° L'apophyse acromion de l'omoplate gauche. 6° La clavicule gauche dont l'extrémité sternale manque. 7° Les deux humérus, la tête du droit est séparée du corps de l'os, le gauche est cassé dans son milieu. 8° Le corps du radius droit, la partie inférieure du cubitus du même côté; les extrémités supérieures du radius et du cubitus gauches. 9° Le fémur droit presque entier, les condyles en sont séparés, la tête de cet os manque, le fémur gauche rompu à sa partie inférieure et moins complet que le droit. 10° Les deux tibias entiers, moins leurs tubérosités. 11° La partie inférieure du péroné gauche. 12° Les deux pieds presque entiers; en effet il ne manque que l'astragale droit pour les tarses, les os du métatarse sont complets, on trouve cinq premières phalanges des pieds, parmi lesquelles sont celles des gros orteils.

Quant à l'autre individu, nous n'avons retrouvé que les os suivans : 1° la portion sourcilière du coronal, séparée en deux, mais présentant encore toute sa largeur. 2° La partie postérieure de l'occipital et quelques fragmens des pariétaux. 3° Une partie du corps du fémur droit. 4° Le tibia droit cassé vers sa moitié, et incomplet. 5° Et une partie du péroné du même côté.

3° Quoique le bassin, partie essentielle pour décider à quel sexe un squelette appartient, manque entièrement, on peut cependant affirmer que le premier squelette est du sexe féminin. La petitesse de la tête, la forme du crâne dont la plus grande capacité est portée en arrière, les clavicules petites et peu courbées, les os petits et grêles, non contournés par l'action musculaire, sans empreinte de l'insertion des muscles, le peu d'épaisseur des parois des os longs, sont autant d'indices sur lesquels on peut établir cette assertion.

En comparant à ces premiers ossemens, la grosseur du corps du fémur, la longueur des tibia et la tubérosité des insertions musculaires des os du second individu, on est porté à croire que celui-ci était du sexe masculin.

4° Nous avons mesuré avec une scrupuleuse exactitude les os des membres du premier squelette qui étaient dans leur entier : l'humérus a 27 centimètres 5 millimètres de longueur, le fémur 39 centimètres, le tibia 31 centimètres, ce qui pour la longueur totale du squelette depuis le vertex jusqu'au talon, donne la taille de 1 mètre 43 centimètres (4 pieds 4 pouces), les trois dimensions se rapportant toutes à cette taille, d'après les tables dressées par M. Orfila. Ainsi en ajoutant deux centimètres pour les parties molles, cette femme devait avoir 4 pieds 5 pouces.

On ne saurait déterminer sûrement la taille du deuxième squelette, parce qu'on n'a retrouvé que des portions d'os.

5° Les os qui forment la boîte du crâne du premier squelette sont soudés ensemble. On aperçoit encore un peu les sutures lambdoïde et sagittale. Les tubercules des dents molaires sont usés, les alvéoles qui ont renfermé les petites molaires sont refermées. Les os plats ne sont pas amincis. Ces caractères appartiennent à un sujet qui pourrait avoir de 50 à 60 ans.

L'état des sutures des os du crâne du deuxième squelette indiquerait le même âge à peu près; mais cette opinion aurait besoin d'être confirmée par d'autres signes.

6° Les os sont entièrement réduits en phosphate de chaux; toute la matière animale a disparu : une grande partie de ces os a été détruite, et la plupart tombent

en poussière par la plus légère pression; ces ossemens, dans le terrain où ils ont été recueillis et que nous avons visité, gisaient à quatre pieds du sol. Le terrain formé de plâtras est évidemment calcaire; or, l'état de dessiccation dans lequel les deux squelettes ont été trouvés démontre que l'inhumation remonte à un assez grand nombre d'années : 30 ou 40 ans nous paraissent le terme le plus rapproché auquel on puisse le fixer.

7° La taille si petite du premier squelette, sont front bas et en arrière, quelques cheveux blonds et courts attachés au sommet du crâne, l'usure des dents, la perte des petits molaires plusieurs années avant la mort, enfin le tartre qui recouvre la couronne de ces dents, sont les seuls caractères qui pourraient faire reconnaître son identité. Nous avons vainement cherché des traces de lésion sur les os.

Rien ne peut servir à constater l'identité du second squelette.

En nous résumant, nous concluons :

1° Que les ossemens soumis à notre examen, moins ceux que nous en avons exceptés ci-dessus, appartiennent à l'espèce humaine;

2° Qu'ils ont fait partie de deux individus;

3° Que le plus grand nombre ont appartenu à une femme, le reste à un homme;

4° Que la taille de la femme n'excédait pas 1 mètre 43 centimètres (4 pieds 5 pouces);

5° Que l'âge de ces individus devait être de 50 à 60 ans environ;

6° Que leur inhumation remonte à une époque déjà éloignée; 30 ou 40 ans;

7° Qu'il n'y a aucun caractère propre à établir l'identité pour le squelette de l'homme; mais que le squelette de la femme présente quelques signes à l'aide desquels on pourrait peut-être reconnaître l'individu auquel il a appartenu.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

JANVIER 1836.

N° 1. — 15 JANVIER.

Cas remarquables de galactirrhée. Recherches sur le traitement qui convient à cette affection rare.

On peut dire que la galactirrhée, constituant une maladie idiopathique, indépendante de la lactation, est une affection assez rare; il nous semble que son étude offre d'autant plus d'intérêt qu'elle pourrait quelquefois embarrasser les praticiens tant à cause de son opiniâtreté que du petit nombre ou plutôt du peu d'efficacité des remèdes que les auteurs indiquent pour la combattre.

La malade qui fait le sujet de l'observation suivante, relative à ce genre de galactirrhée, est une femme mariée, frangeuse de son état, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et d'une assez bonne constitution.

Lors de son premier accouchement, elle se destinait à être nourrice; mais ayant pris froid, elle fut forcée d'y renoncer au bout de quinze jours; les mamelles devinrent le siége d'un engorgement inflammatoire, et les deux seins s'abcédèrent; la guérison ne fut obtenue qu'après un traitement de trois mois. Depuis lors, le sein droit conserva un volume anormal, il n'y avait pas de douleur, mais il s'y passait un phénomène que je dois noter : lorsque la malade était fortement en sueur, il suintait par le mamelon une sérosité blanchâtre, dont la quantité augmenta quand elle redevint enceinte, et tout le flux fut continu durant tout le cours de cette seconde gestation.

Cette nouvelle couche eut lieu deux ans après la première; elle fut heureuse; les lochies fluèrent naturellement pendant une semaine; la malade n'allaita pas un seul jour; l'écoulement du lait ne tarda pas à s'établir des deux côtés avec une telle abondance qu'elle en était inondée; la peau des mamelles rougit et s'enflamma dès le sixième jour; et le 30 septembre, vingt et unième jour depuis l'accouchement, Sophie (c'est le nom de la malade) entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les seins étaient alors très-volumineux, distendus, douloureux; la peau en était rouge, comme érysipélateuse, et le mamelon environné d'une auréole de boutons enflammés; la galactirrhée continuait à être très-forte. Il y avait en outre de la céphalalgie, de la constipation et quelques coliques; il s'y était joint une légère fièvre tierce qui en était à son quatrième accès.

On pensa que le contact continu du lait que la chaleur faisait rapidement aigrir, le frottement des vêtemens et le peu de propreté de l'accouchée étaient la seule cause de cette inflammation; du linge propre, des lotions et des cataplasmes émolliens sur le sein furent les seuls moyens locaux qu'on employa contre elle.

La malade fut mise au bouillon de veau et à la soupe pour tout régime; on appliqua des cataplasmes émolliens, l'on fit des lotions sur les seins; elle prit chaque jour une chopine du petit lait anti-laiteux de Weiss; et bientôt il fut ajouté aux autres prescriptions une demi-once de crême de tartre dans un bouillon aux herbes. — Cinq doses de petit lait médicinal furent prises jusqu'au 9 octobre, sans autre résultat qu'un peu de dévoiement accompagné de coliques.

Un léger accès fébrile ayant reparu, le médecin chargé du service de la salle ordonna une décoction de quinquina, et la fièvre ne revint plus.

Cependant les purgatifs restaient impuissans, on crut devoir essayer des astringens, ainsi qu'il suit : Le 11, julep tempérant avec vingt gouttes de solution d'alun, dont la dose fut portée le lendemain à trente, et le surlendemain à trente-six; le 19, on ajouta une potion avec un demi-gros d'extrait de ratanhia. Dans l'intervalle la malade buvait de la limonade minérale sulfurique.

Le carbonate de potasse, vanté par les anciens comme absorbant ou comme exerçant une grande influence sur les sécrétions, fut aussi employé, le 22, à la dose d'un demi-gros, dose qui fut doublée le 24.

Pour aider l'action des astringens administrés à l'intérieur, on fit l'application sur le sein d'un sachet également résolutif, composé de plâtre et de poudre de tan; mais le lait, qui coulait sans cesse et l'humectait de suite, ne permit pas d'en continuer l'usage; il n'y eut aucun résultat produit, et la remarque de Camper fut pleinement justifiée.

Alors on eut recours aux révulsifs; deux vésicatoires furent successivement appliqués à chaque bras; mais ils ne tardèrent pas à sécher, et n'amenèrent du reste aucune amélioration sensible.

Cependant la perte de lait restait toujours assez considérable; la malade mouillait encore deux à trois draps par jour; il est à noter que les urines étaient moins abondantes depuis l'origine de la galactirrhée. Le sommeil d'ailleurs était bon, l'appétit se conservait, et les digestions se faisaient assez bien.

Les purgatifs et les astringens, restés inefficaces, furent abandonnés ; et le 26, le savant médecin qui dirigeait le service de la salle, prescrivit à Sophie des bains de vapeurs. Les Russes emploient cette méthode, et le professeur Chaussier, à la Maternité, y avait eu recours avec succès. On chercha à aider l'action des bains par des diaphorétiques donnés à l'intérieur : (infusion de mauve et de bourrache ; potion avec un gros d'esprit de mendérerus (acétate d'ammoniaque).

Cette médication ne tarda pas à avoir un résultat satisfaisant : le flux laiteux diminua, surtout dans le sein gauche où il était déjà un peu moindre ; son effet ne se borna pas là : dès le huitième bain, les règles reparurent ; mais, au lieu de fluer, comme d'habitude, cinq à six jours, elles ne firent que *marquer*, malgré les infusions d'armoise données pour favoriser leur écoulement.

L'usage des bains fut continué pendant, un mois jusqu'au 24 novembre ; après le vingt-deuxième, le sein gauche était revenu à son état normal ; la tuméfaction avait fini par y disparaître avec la galactirrhée ; on y sentait bien encore quelques nodosités profondes, mais il n'y avait plus ni douleur ni écoulement.

Le volume et la persécrétion du sein droit avaient diminué aussi ; mais, après avoir fait un pas vers la guérison, la galactirrhée semblait s'être arrêtée, et restait à peu près stationnaire. On y trouvait des nodosités plus sensibles qu'à gauche ; elles paraissaient formées par l'engorgement passif de la glande mammaire et la plénitude des réservoirs lactés, offrant des embranchemens très-marqués qui dessinaient à la main exploratrice les conduits galactophores. L'écoulement n'était pas continu ; il ressemblait parfaitement à celui d'une fontaine intermittente : la glande mammaire sécrétait sans cesse, les réservoirs lactifères s'emplissaient, les conduits eux-mêmes se distendaient ; tout le sein changeait ainsi de forme et de volume ; alors un sentiment de pesanteur et de plénitude s'y manifestait ; il s'y joignait bientôt des fourmillemens et une ardeur incommodes ; puis la détente arrivait comme par regorgement, et tout l'appareil sécréteur du lait se vidait pour se remplir de nouveau.

Le médecin pensa qu'alors l'écoulement étant moindre et intermittent et devant par là même moins altérer les substances médicamenteuses, les astringens topiques pourraient être plus efficaces que la première fois ; et le 29 novembre, un nouveau sachet de plâtre et de poudre de tan fut, quarante jours après le premier, appliqué sur le sein, où il resta durant une semaine, mais sans résultat appréciable.

Cependant l'efficacité des bains de vapeurs paraissait épuisée ; la galactirrhée ne se supprimait pas ; la malade maigrissait ; l'ennui s'emparait d'elle ; elle commençait à ressentir cette faim continuelle, ces douleurs vagues et ces tiraillemens dans l'épigastre qu'on a décrits comme étant le début du dépérissement nommé par les anciens *tabes lactea*.

Dans les recherches que je faisais alors sur la menstruation, je venais d'être témoin d'une dérivation singulière opérée par la nature ; je songeai à solliciter l'apparition de l'écoulement menstruel chez ma malade ; on en était au troisième mois depuis l'accouchement, et déjà les règles avaient, si je puis parler ainsi, essayé trois fois de s'établir ; mais comme si la nature n'était pas assez puissante pour triompher seule de l'hypersécrétion déjà ancienne des mamelles, elles n'avaient fait que *marquer*. Je conseillai alors des sangsues aux cuisses, dans le double but de suppléer à l'évacuation menstruelle trop peu abondante, et de produire une dérivation d'autant plus puissante qu'elle résidait dans les fonctions même de l'organe. Le 4 décembre, quatorze sangsues furent appliquées à la vulve.

L'effet fut prompt : le sein diminua de volume, et la perte laiteuse faiblit ; mais, soit que les sangsues n'eussent pas assez tiré de sang, soit que la dérivation eût été trop faible ou de trop courte durée contre une hypersécrétion de quatre-vingt-six jours, le mieux ne se maintint que pendant deux jours ; et le flux reprit ensuite avec presque autant d'activité qu'auparavant. Je pensai que, pour rendre cette amélioration constante et progressive, il fallait combiner les moyens topiques aux dérivatifs, et que, pour y arriver, le meilleur serait de paralyser localement la suractivité morbide des mamelles, en *narcotisant* cette glande par des applications stupéfiantes.

Le 12 décembre, quatre-vingt-quatorzième jour de la maladie et soixante-treizième du traitement, on commença à y faire deux onctions par jour avec de l'huile de morphine ; on laissait ensuite sur le sein des linges qui en étaient imbibés. On lui donna en outre une pilule d'un grain d'extrait thébaïque, et le mélange stomachique suivant : conserve de rose, une once ; sirop diacode, deux gros. La malade, du reste, était mise à un bon régime.

Le résultat de cette médication fut très-heureux. Le 15 décembre, après six embrocations, le volume anormal du sein avait presque disparu, l'écoulement aussi ; mais une chose digne de remarque, c'est qu'à mesure qu'il diminuait à droite, il semblait vouloir renaître à gauche, où il n'existait plus depuis longtemps. Le 16, il en suinta quelques gouttes de lait ; le sein d'ailleurs n'était ni engorgé ni douloureux. Je conseillai à la malade de le frictionner aussi avec de l'huile de morphine, et d'y laisser également des compresses comme sur l'autre. Attaquée ainsi à son origine, cette nouvelle galactirrhée ne parut plus. Le 17, on donna deux pilules, chacune d'un grain d'extrait thébaïque, et on les continua encore durant une semaine. Le 22, la perte laiteuse s'étant supprimée, le sein s'engorgea, et devint le siége de douleurs et d'élancemens qui entraînaient de la gêne dans les mouvemens du bras. La malade, qui redoutait un abcès, s'inquiétait beaucoup ; elle avait un peu de fièvre, je fis appliquer sur les deux seins un cataplasme émollient, largement arrosé d'huile de jusquiame ; elle ne tarda pas à être soulagée ; la douleur disparut, et l'engorgement diminua de nouveau. Elle avait continué à faire usage du mélange stomachique.

Le 27, on fit une application de moutarde aux cuisses pour favoriser l'éruption des règles qui paraissait vouloir se faire ; dans l'état normal elles n'auraient dû revenir que le 8 janvier, mais elles devancèrent l'époque accoutumée, et s'établirent aussi abondamment que d'habitude ; elles coulaient encore passablement le 29, jour où Sophie sortit de l'hôpital ; c'était leur quatrième apparition. Les forces étaient assez bien revenues ; les fonctions digestives s'exécutaient bien, depuis la diminution progressive de la galactirrhée sous l'influence des onctions narcotiques. Les urines étaient redevenues ce qu'elles étaient auparavant. Le sein gauche, tout à fait indolore, n'avait plus laissé suinter de lait ; à peine suintait-il quelques gouttes d'un lait séreux par le sein droit. Sophie se trouvait si bien qu'elle demanda la sortie, et on ne crut pas devoir la lui refuser. Seulement ont eut soin de la munir d'une bouteille d'huile de morphine pour qu'elle continuât à s'en frotter les seins. Dix jours après, elle revint demander une nouvelle provision d'huile de morphine ; elle avait à peu près repris ses forces et sa fraîcheur ; elle ne voyait que de loin en loin suinter quelques rares gouttelettes de lait, au point que son linge en était à peine humecté ; elle se considérait comme guérie.

Si l'on se demande maintenant de quelle nature était cette affection, quelle conclusion découle de l'observation des faits? Le professeur Dugès, dit : « Les canaux galactophores participent sans doute fréquemment aux autres maladies des mamelles, mais ils en offrent peu de particulières ou du moins elles sont peu connues : quel rôle jouent-ils donc dans la galactirrhée proprement dite? » — Peut-être peut-on répondre que ce n'est pas sur eux que porte la maladie, qu'ils ne sont là que des canaux de décharge, et que la glande mammaire seule est le siége de la fluxion sécrétionnelle qu'on observe. Il n'est pas très-rare de voir chez quelques femmes enceintes s'établir une hypersécrétion salivaire très-abondante, sans aucun caractère inflammatoire, et qui cesse brusquement après l'accouchement; la galactirrhée ne paraît pas être d'une nature fort différente, c'est une simple hyperdiacrisie laiteuse; et Gardien et Désormeaux ne disent pas non plus que ce soit une phlogose. Au reste, cet écoulement est en quelque sorte idiosyncrasique chez quelques femmes ; Frank en cite une dont les mamelles sécrétaient habituellement beaucoup de lait, et qui perdait même cette faculté durant la grossesse. Chez d'autres la sécrétion laiteuse est naturellement abondante au point d'épuiser la plus forte constitution ; disposition qui, selon le même Frank, est quelquefois héréditaire.

Comparons maintenant les méthodes employées et les résultats obtenus : les anti-laiteux ou purgatifs et les astringens ont été administrés pendant vingt-cinq jours, soit isolément, soit de concert, sans amélioration appréciable. Les diaphorétiques et les bains de vapeur, continués pendant un mois, ont achevé de tarir le flux déjà affaibli du sein gauche, et sont parvenus à diminuer celui du droit et à faire marquer les règles ; mais leur efficacité incomplète s'est bornée là, et la maladie ensuite restait stationnaire ; en seize jours des narcotiques ont mis la malade en état de sortir de l'hôpital. Ces considérations ne seront peut-être pas inutiles, parce que la plupart des thérapeutistes qui traitent de l'emploi de l'opium ne parlent pas de son administration dans ce cas ; parce que les pathologistes, n'étudiant guère la galactirrhée que chez les nourrices, s'occupent peu de celle-là, et que l'ablactation étant un des principaux moyens qu'ils conseillent, on est réduit à chercher ailleurs des remèdes pour la combattre. Une seule observation ne permet pas d'établir une règle : aussi n'est-ce point notre intention ; mais comme cette affection est assez peu commune, peut-être est-il plus utile de la publier seule que d'attendre d'en avoir recueilli un certain nombre d'exemples pour en donner une histoire plus complète, car la méthode qui nous a réussi peut aussi réussir à d'autres.

En résumé voici donc quels préceptes pourraient servir de guides en semblable occurrence : on aurait soin de tenir le sein à l'abri de toute cause irritante, et dans le plus grand état de propreté ; on y ferait deux ou trois embrocations narcotiques dans les vingt-quatre heures, et l'on y maintiendrait dans l'intervalle des compresses imbibées de liquide de même nature ; quant aux opiacés à l'intérieur, quoiqu'ils me paraissent moins efficaces, il est cependant rationnel de les employer concurremment avec les topiques. L'action de ces remèdes sera puissamment aidée par l'application de ventouses scarifiées ou de sangsues autour des grandes lèvres, comme moyens à la fois évacuans et dérivatifs ; applications qu'on pourrait faire suivre de celle d'un cataplasme d'armoise sur la vulve et l'hypogastre. Rétablir la régularité menstruelle est de la plus haute importance ; et si, au lieu d'appliquer d'emblée quatorze sangsues, nous en avions fait placer successivement trois, quatre, puis cinq ou six, pendant plusieurs jours de suite, peut-être aurions-nous mieux réussi ; on a tiré parti de cette gradation progressive, qui imite la manière dont la nature procède dans la menstruation. Il est presque inutile d'ajouter que ces applications devront être d'autant plus avantageuses qu'on sera plus près de l'époque naturelle de l'évacuation périodique.

On a écrit dans ces derniers temps que le camphre et la ciguë jouissaient d'une vertu spéciale pour modérer la sécrétion du lait ; ce sera, entre les mains des praticiens, un troisième moyen thérapeutique, dont ce qui précède peut faire espérer un heureux emploi.

PETREQUIN, D. M. P.

De la compression dans le traitement de l'hypertrophie de la langue.

L'on sait qu'il est excessivement rare de voir la langue s'enflammer spontanément à l'état aigu. Dans son immense pratique, P. Frank n'avait eu qu'une seule fois l'occasion de rencontrer la glossite aiguë. Cela tient peut-être à la structure très-nerveuse de cet organe. Il

est de fait que les organes essentiellement nerveux éprouvent beaucoup plus difficilement que les autres ce mode de lésion. Voyez en effet combien il est rare de rencontrer dans la pratique de véritables rétinites, des encéphalites, et des névrites essentielles. Comment expliquer ce phénomène si ce n'est par l'organisation éminemment nerveuse de ces parties? Mais il n'en est pas de même des hyperthophies de la langue proprement dites. Un très-grand nombre de fois cet organe a présenté un état de boursouflement chronique et atonique, tel qu'il ne pouvait plus être contenu dans la cavité buccale, et qu'il pendait au-dehors de la longueur de plusieurs pouces.

Indépendamment des affections cancéreuses de la langue qui amènent un boursouflement dont nous ne devons pas nous occuper dans ce moment, l'hypertrophie atonique de cet organe a souvent été observée par suite de plusieurs affections tantôt constitutionnelles, tantôt gastriques; elle a aussi été souvent remarquée chez des sujets qui avaient été heureusement rappelés à la vie à la suite d'une asphyxie méphitique, ou par le gaz acide carbonique, etc.

Les remèdes prescrits et employés jusqu'à ce jour pour l'affection dont il s'agit, étaient: 1° les scarifications profondes et multipliées de l'organe malade; 2° les purgatifs répétés à titre de révulsifs. Le vénérable Portal cependant avait substitué à ces médicamens, les rincemens locaux et permanens de vinaigre. Il guérit entre autres une blanchisseuse, à l'aide de ce seul moyen continué pendant longtemps: cette femme avait été rappelée à la vie malgré une asphyxie presque complète provoquée par le charbon.

Nous pouvons aujourd'hui indiquer un quatrième moyen que nous avons vu mettre en usage avec un succès remarquable, par un habile chirurgien de Paris. Il consiste dans une compression expulsive, artistement faite sur l'organe malade lui-même. Voici le fait.

Un paysan, âgé d'une cinquantaine d'années, de mauvaise constitution, souffrait depuis très-longtemps d'un boursouflement atonique tel de la langue, que cet organe sortait déjà de la longueur d'un pouce de la cavité buccale. La prononciation, la mastication, la déglutition et la dégustation, étaient profondément altérées; le malade était continuellement tourmenté par une sécheresse fort incommode de la langue. La portion extra-buccale de cet organe était devenue tellement âpre et épaisse, qu'elle ne ressemblait pas mal à celle du bœuf. La muqueuse avait acquis la structure et les apparences de la peau, ainsi que cela s'observe également dans les vieilles descentes utéro-vaginales. Différens remèdes avaient été essayés inutilement. Le malade s'était pourtant refusé aux scarifications profondes qu'on lui avait proposées. On a été par conséquent obligé d'avoir recours à d'autres moyens que voici.

On a commencé par faire deux abondantes applications de sangsues sur la langue même, ce qui n'a pas été difficile. En tenant et en rétirant à la fois avec deux doigts cet organe au-dehors, et en y posant avec un petit linge tenu de l'autre main ces annelides, on est aisément parvenu à les faire mordre. Puis après, lorsque le saignement obtenu a été assez abondant, on a comprimé la langue de la manière suivante.

A l'aide d'une petite bande fine de deux aunes de longueur environ, et d'un pouce de large, on a bandé en doloire la partie, pendant qu'un aide était chargé de tirer la langue par sa pointe le plus en dehors possible. De cette manière, l'organe a pu être parfaitement serré dans un double tour de bande, depuis la pointe jusqu'à la base. Les tours s'adaptaient d'autant mieux que, par suite du gonflement, la partie était devenue presque cylindrique, et que la salive servait pour ainsi dire de gluten à la bande. Ce bandage a été renouvelé une fois par jour, et la guérison a été aussi prompte qu'inespérée. Nous croyons cependant que rien n'empêcherait de joindre à la compression atrophique ci-dessus les ablutions ou les rincemens répétés de vinaigre plus ou moins affaibli. T.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur la préparation des eaux distillées; par E. Soubeiran.

L'observation faite sur quelques eaux distillées d'un emploi habituel a montré que la distillation faite par l'exposition des plantes à la vapeur de l'eau bouillante donnait des produits plus suaves que lorsque ces plantes étaient plongées dans l'eau même de la cucurbite; on a généralisé cette observation, fort exacte d'ailleurs, et l'on a admis en principe que la distillation à la vapeur est préférable pour la préparation des eaux distillées.

J'ai voulu m'assurer si le fait était aussi général qu'on le pensait; à cet effet j'ai distillé comparativement, directement dans l'eau et à la vapeur, les plantes les plus employées. J'ai examiné en même temps une autre question, celle de savoir dans quelles circonstances on pouvait remplacer les plantes fraîches par des plantes sèches pour la préparation des eaux distillées.

J'ai pris une certaine quantité de chaque plante, je l'ai partagée en quatre parties égales: deux ont été distillées de suite, l'une à la vapeur (1), l'autre par l'ancien procédé; les deux autres parties ont été séchées, et, après leur dessiccation, elles ont à leur tour été divisées en deux doses, qui chacune ont été distillées encore par un procédé différent. Je me suis mis ainsi à l'abri des incertitudes qu'aurait pu faire naître

(1) Toutes les distillations à la vapeur ont été faites avec l'appareil que j'ai décrit dans le premier volume de mon Traité de pharmacie.

l'emploi de plantes récoltées à des époques différentes, n'ayant pas la même origine, ou n'étant pas arrivées au même état de développement. Afin de ne pas alonger inutilement cette notice, je dirai de suite, qu'à quelques expressions fort rares que je signalerai plus tard, les plantes sèches ont toujours donné des produits de qualité évidemment inférieure.

Pour abréger encore, je me servirai du signe : pour indiquer le rapport du poids de la plante qui a été mise en expérience au poids du produit que l'on a retiré à la distillation; ainsi 1 : 1 signifiera que l'on a retiré un poids d'eau distillée égal à celui de la plante : 1 : 2 voudra dire que l'on a retiré le double, le premier chiffre s'appliquant toujours à la matière en expérience et le second au produit.

Absinthe, 1 : 2. Le produit a été recueilli en deux parties, qui chacune était surnagée par de l'huile essentielle; l'eau d'absinthe faite à la vapeur était plus suave.

Amandes amères, 1 : 2. Il faut délayer le tourteau dans l'eau froide et distiller après douze ou quinze heures de macération ; il se fait plus d'huile essentielle odorante, conformément à l'observation très-exacte de M. Geiger.

Anis, fruit sec, 1 : 5. La dernière et cinquième partie du produit était encore huileuse par l'un et l'autre mode d'opération; l'eau préparée à la vapeur était plus suave.

Armoise, 1 : 2. L'eau faite à la vapeur était meilleure.

Aunée, racine sèche, 1 : 4. Par l'une et l'autre méthode il y avait de l'hélénine en suspension, qui s'est séparée par le repos ; l'eau faite à feu nu en a donné davantage; elle était aussi plus sapide et plus odorante. Je dois dire cependant que les différences étaient peu considérables.

Bleuet, 1 : 1. L'eau faite à la vapeur était limpide; celle faite à feu nu contenait quelques flocons blancs, et elle était peut-être un peu plus sapide; la différence était très-faible, et dans un cas comme dans l'autre le produit me paraît n'avoir aucune valeur.

Bourrache, 1 : 1. Au bout de trois mois, l'eau faite à feu nu était gâtée; je n'ai pu asseoir la comparaison.

Cerfeuil, 1 : 3. L'eau faite à la vapeur est aussi chargée que l'autre ; elle a une odeur plus suave et elle doit être préférée.

Chardon bénit, 1 : 1. Il s'est séparé un peu d'huile volatile blanche concrète dans l'une et l'autre opération. Je n'ai pu apprécier de différence dans la valeur du produit. L'eau faite à la vapeur s'est mieux conservée.

Cochléaria, 1 : 2. En distillant à feu nu, le premier produit égal en poids à la plante était laiteux et très-sapide; il en était de même du second; le troisième produit était moins sapide; un quatrième l'était à peine. En distillant à la vapeur, l'eau distillée a été transparente pendant toute l'opération, et le troisième produit n'avait que bien peu de saveur. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de répéter cette expérience, et j'ai toujours obtenu un produit plus fort par la distillation à feu nu. En outre de l'huile âcre qui préexiste dans la plante fraîche, s'en ferait-il une nouvelle quantité quand celle-ci est contusée et mise dans l'eau froide? La chaleur empêcherait-elle cette formation quand la plante reçoit de suite l'impression de la vapeur à cent degrés ?

Cresson, 1 : 2. Même observation que pour le cochléaria, seulement l'eau de cresson est toujours plus faible.

Fenouil, 1 : 2. La plante sèche m'a donné une eau meilleure; j'inscris avec doute ce résultat, qui me paraît singulier; c'est bien celui que j'ai obtenu, mais je n'ai fait l'expérience qu'une fois.

Fenouil (fruits secs), 1 : 4. Le quatrième litre, par l'une et l'autre méthode, était encore chargé d'essence; l'eau faite à la vapeur est plus suave; elle est cependant moins agréable que l'eau distillée préparée avec les feuilles.

Genièvre, 1 : 2. J'ai obtenu plus d'huile essentielle en opérant à la vapeur; l'odeur est si forte qu'il est à peu près impossible de saisir une différence dans la suavité des produits.

Hyssope, 1 : 2. Je n'ai pu apprécier de différence entre les deux produits. Le produit fait à feu nu contenait plus d'huile véritable. La même différence s'est fait remarquer quand la distillation a été faite avec la plante sèche.

Laitue, 1 : 1. L'eau de laitue distillée à feu nu est plus odorante que celle faite à la vapeur. Je me suis assuré aussi qu'il vaut mieux distiller la laitue en une fois que de cohober comme le prescrit le Codex.

La laitue sèche donne une eau moins sapide et moins odorante. On devrait renoncer à se servir de la laitue pommée; il faudrait lui substituer toujours la laitue montée, qui donne une eau distillée d'une odeur et d'une saveur bien plus prononcées; qu'attendre, en effet, d'une plante dont presque toutes les feuilles sont étiolées?

L'eau de laitue, préparée par la distillation du suc des feuilles ou des tiges ne s'est pas conservée.

Lavande, 1 : 2. Je n'ai pu observer de différence notable entre les produits de la distillation de la plante sèche et de la plante fraîche; je n'ai pu saisir non plus celle qui pouvait exister entre l'eau faite par distillation à la vapeur et celle obtenue par la distillation à feu nu. En général, dans les plantes qui sont très-chargées d'huile essentielle et dont l'odeur est très-forte, il est à peu près impossible de prononcer sur la valeur comparative des produits.

Lierre terrestre, 1 : 2. La plante sèche m'a donné une eau plus agréable. Je n'ai pu établir de différence marquée entre l'eau faite à la vapeur et l'eau faite à feu nu.

Mélilot, 1 : 2. L'eau faite avec la plante sèche est plus agréable; il s'en sépare une petite quantité d'un stéaroptène blanc, qui est plus abondant dans l'eau faite à feu nu; les produits n'offrent pas de différence appréciable quant à l'odeur.

Mélisse, 1 : 1. Par l'une et l'autre méthode, l'eau était surnagée par une espèce d'huile essentielle solide; du

reste il n'y a pas la moindre comparaison à établir entre les produits ; l'eau préparée à la vapeur est incontestablement plus suave.

Moutarde, 1 : 16. On ne peut opérer en exposant la moutarde à la vapeur, et, comme l'ont fait observer avec pleine raison, MM. Hesse et Fauré, il y a avantage à délayer la farine dans l'eau froide et à ne distiller qu'après une macération préalable.

Nymphœa, 1 : 1. Produit insignifiant.

Oranger (fleurs), 1 : 2. Je n'ai pas observé de différence dans la quantité de néroli obtenu par l'un ou l'autre procédé. L'eau de fleurs d'oranger distillée à la vapeur est plus suave.

Raifort (racine), 1 : 4. J'ai distillé un kilogramme de racine fraîche coupée menu et contuse avec une suffisante quantité d'eau. Avec l'ancien procédé, j'ai obtenu un premier litre très-laiteux, puis le produit s'est affaibli de plus en plus ; cependant le quatrième litre était encore laiteux et sapide.

J'ai répété l'expérience en opérant à la vapeur ; le quatrième litre était limpide ; il n'avait plus que peu de saveur et ne pouvait être comparé sous ce rapport au quatrième litre qui provenait de la distillation à feu nu.

Dans une autre expérience, j'avais trouvé que le second produit obtenu par la vapeur était plus fort que le second produit obtenu à feu nu ; ce qui a pu dépendre d'une différence dans l'état de division de la racine ; mais ce qui reste pour moi d'une incontestable vérité, c'est que le raifort donne par la distillation à feu nu beaucoup plus de principes âcres que par la distillation à la vapeur.

Roses, 1 : 1. L'eau distillée à la vapeur est incontestablement supérieure à celle qui est faite par l'ébullition des roses dans l'eau.

Sauge, 1 : 2. La sauge m'a paru donner moins d'essence par la distillation à feu nu ; bien que le produit des deux distillations fut assez semblable, cependant on pouvait reconnaître une supériorité non contestable au produit de la distillation à la vapeur.

Sureau, 1 : 1. On donne la préférence à l'eau de sureau faite avec la fleur sèche ; mais quand on compare les deux produits, ils sont si différens, qu'on n'a pas réellement de raison pour préférer l'un à l'autre. Les pharmaciens continueront sans doute à préférer la fleur sèche de sureau, parce que l'on est plus accoutumé à son odeur.

Tanaisie, 1 : 2. L'odeur de la tanaisie est si forte que je n'ai pu saisir aucune nuance entre l'eau préparée à la vapeur et celle préparée par la distillation directe.

Thym, 1 : 2. L'eau de thym faite à la vapeur est préférable.

Tilleul, 1 : 1. L'eau de tilleul, faite avec la fleur fraîche, est plus odorante.

Valériane, 1 : 4. La valériane distillée à la vapeur fournit un excellent produit ; il faut pour cette racine, comme pour toutes les substances sèches, la passer au moulin, l'humecter avec la moitié de son poids d'eau froide, et ne la distiller que douze heures après.

Si maintenant nous résumons les résultats, nous trouvons que la distillation à la vapeur est préférable dans le plus grand nombre de cas, et quel doit être le procédé général de préparation des eaux distillées. L'expérience a prononcé pour les plantes suivantes :

Absinthe.	Lierre terrestre.
Anis.	Melilot.
Armoise.	Mélisse.
Aunée.	Oranger (fleurs).
Bleuet.	Roses.
Bourrache.	Sauge.
Cerfeuil.	Sureau.
Chardon bénit.	Tanaisie.
Fenouil (semences).	Thym.
Genièvre.	Tilleul.
Hyssope.	Valériane.
Lavande.	

La distillation de la plante au milieu de l'eau a donné de meilleurs résultats avec :

Amandes amères.	Laitue.
Cochléaria.	Moutarde.
Cresson.	Raifort.

Les plantes sèches ont rarement mérité la préférence sur les plantes fraîches. Celles que j'ai trouvées dans ce cas sont les suivantes :

Fenouil.	Sureau.
Lierre terrestre.	Tilleul.
Mélilot.	

L'avantage de la distillation à la vapeur se fait surtout sentir pour les plantes dont l'odeur est douce et agréable. Quand les eaux sont presque inodores, ou tout au contraire, quand elles ont une odeur très-forte, il est à peu près impossible d'apprécier les différences qu'il peut y avoir dans la qualité des produits. J'ai fait figurer ces diverses plantes dans la série de celles qui doivent être distillées à la vapeur, parce que ce procédé a d'ailleurs d'autres avantages ; il donne des produits qui se gardent mieux, que l'on peut mettre de suite en usage, parce que, au moment où elle vient d'être préparée, une eau distillée préparée à la vapeur, n'a pas le goût de feu que les eaux faites avec le plus de soin, mais à feu nu, conservent pendant assez longtemps.

E. Soubeiran.

N° 2. — 30 janvier.

Du traitement de la diarrhée chez les sujets lymphatiques.

Tous les auteurs qui se sont occupés d'une manière générale de la diarrhée ont éprouvé les plus grandes difficultés toutes les fois qu'il s'est agi d'en rattacher les formes nombreuses à une lésion qui en déterminât le véritable caractère ; c'est qu'en effet, si la diarrhée

est un fait pathologique qu'il est toujours facile de constater, il est loin d'en être de même pour les conditions organiques au milieu desquelles elle se développe. Au temps où l'humorisme régnait dans les esprits à l'exclusion de toute autre doctrine, les flux qui s'opèrent à la surface des organes abdominaux étaient considérés comme un moyen de dépuration, qu'une nature presque intelligente emploie pour décharger l'organisme de quelque ferment intérieur qui trouble l'harmonie de ses fonctions; puis vint à son tour l'anatomie pathologique, qui, non moins exclusive dans ses principes que la théorie qu'elle déplaçait, ne voyant partout que des organes et des fonctions, établit d'une manière générale que là où il y avait modification d'une sécrétion quelconque il y avait lésion de l'organe sécréteur. A partir de ce moment, tout flux intestinal de quelque durée fut considéré comme le symptôme d'un désordre organique de la muqueuse intestinale; ce désordre, aux yeux d'une théorie qui eut de nombreux partisans, fut même regardé comme toujours identique au fond, c'est-à-dire de nature inflammatoire. Plusieurs bons esprits, tout en reconnaissant la valeur des données fournies par l'observation moderne, protestèrent cependant contre une généralisation qui tronquait les faits pour les asservir à sa loi; de là une réaction qui se continue encore et qui, plus circonspecte dans sa marche, aime mieux se renfermer dans les limites d'un empirisme rationnel plutôt que de compromettre la destinée des vérités acquises, en les plaçant sous la sauvegarde d'une théorie qui doit tomber.

Avant d'aller plus loin, nous pourrions nous demander s'il est vrai qu'une lésion de fonctions entraîne nécessairement une lésion corrélative dans l'organe ou le système d'organes chargés de l'accomplir. Mais ce n'est point ici le lieu de développer ce point de philosophie pathologique, un des plus difficiles peut-être de la science; notre but unique est d'étudier sous le point de vue thérapeutique une forme de diarrhée qui se rencontre souvent, qui réclame une méthode de traitement spéciale, et qu'on ne trouve indiquée que d'une manière vague dans les auteurs. A défaut de terme plus rigoureux, nous appellerons lymphatique l'espèce de flux intestinal dont nous entendons parler.

Si les praticiens, se dégageant un instant de toute préoccupation systématique, veulent ici recueillir leurs souvenirs, ils verront que l'état morbide que nous allons esquisser à grands traits est loin d'être rare, et que plus d'une fois ils ont eu à déplorer l'inutilité des efforts qu'ils ont faits pour le combattre. La période de la vie où nous avons surtout observé la diarrhée lymphatique est l'âge adulte; tous les sujets qui en sont affectés présentent à un degré plus ou moins prononcé les attributs qui fondent le tempérament qu'on appelle lymphatico-nerveux. Chez les individus doués de cette constitution, toutes les sécrétions, et surtout les sécrétions muqueuses, ont une activité remarquable; il semblerait, suivant l'expression énergique de Bordeu, que « la vie chez eux tendant à rétrograder à son minimum d'intensité, ils menacent de se liquéfier. » Mais entre ces diverses sécrétions il en est une surtout qui tend singulièrement à s'exagérer, c'est la sécrétion gastro-intestinale; toutefois, dans ce cas, le flux intestinal ne se compose point d'une quantité de liquides aussi abondans qu'on le voit dans les diverses formes de diarrhées désignées par les noms assez vagues de diarrhées stercorale, nerveuse, bilieuse, muqueuse et séreuse, qui, quelquefois éphémères, ont toutes une durée assez courte. Le flux intestinal lymphatique se distingue surtout de ces divers états morbides, d'une part, par le peu d'abondance des évacuations qui le constituent, et de l'autre, par la longue durée pendant laquelle les selles conservent le caractère diarrhéique. Dans les cas que nous avons eu occasion d'observer, les selles ordinairement n'étaient pas plus nombreuses qu'à l'état normal; il n'y en avait qu'une chaque jour; seulement cette selle, au lieu d'être solide, était demi-liquide. Si l'on suit la maladie dans les premiers temps de son développement, on trouvera le pouls calme; l'appétit est conservé, il est même assez souvent très-vif, comme s'il était besoin d'une réparation plus substantielle pour contrebalancer les effets d'une sécrétion anormalement exagérée. Pour ce qui est de la fonction assimilatrice et de la nutrition générale qui est son dernier terme, si les sujets sont placés dans des conditions heureuses, et nous verrons plus bas ce qu'il faut entendre par là, ils peuvent pendant longtemps présenter le flux dont nous parlons sans voir leur embonpoint ou leurs forces s'altérer d'une manière sensible.

C'est ici que nous devons jeter un coup d'œil rapide sur la manière dont on doit envisager, dans l'état actuel de la science, l'état morbide que nous venons d'indiquer, ainsi que sur la méthode de traitement, qu'en général on croit devoir lui opposer d'après la manière dont on le comprend. Quand un médecin se trouve en face d'un malade atteint de l'affection dont il s'agit, le plus souvent son jugement est porté avant qu'aucune question ait été adressée; la physionomie du malade, son habitude générale, l'ensemble de sa constitution, tout révèle en lui une fatale prédisposition aux tubercules; l'art n'a, partant, à lui offrir que d'impuissans palliatifs. On ne peut cependant s'en tenir à des données aussi vagues et se contenter d'un diagnostic porté au vol, si nous pouvons ainsi dire; il faut au moins adresser quelques questions directes; car enfin on est médecin et point prophète. Mais, on n'en doute pas, les réponses qu'on va obtenir vont confirmer le premier jugement : il y a trois, quatre ou cinq mois que le malade est atteint de la diarrhée dont il se plaint; cette diarrhée disparaît de temps en temps et reparaît toujours, et c'est en vain que divers moyens lui ont été opposés. Mais il n'y a pas que la muqueuse intestinale qui présente cette funeste prédisposition maladive, la muqueuse laryngo-bronchique est fort sujette elle-même aux congestions irritatives; le malade contracte aisément des rhumes, et ces rhumes ont ordinairement une longue durée; dès lors toute incertitude a cessé dans l'esprit du médecin; une incurable diathèse pèse sur cette constitution nativement vicieuse, et c'est vainement que

l'art tenterait de soustraire l'organisme à sa funeste influence. Il faut cependant en retarder le résultat final, et, dans cette vue, à quelle série de moyens va-t-il s'adresser? C'est ici que nous allons voir l'anatomie pathologique et la théorie de l'irritation, rétrécissant comme à plaisir l'horizon de la science, jeter dans une erreur capitale les praticiens qui se tiennent à leur point de vue exclusif. L'anatomie pathologique, par une apparence de rigueur qui séduit d'abord, mais qui ne sera jamais de mise dans une science qui a la vie pour objet, commence par poser en principe que, dans le cas dont il s'agit, un désordre fonctionnel qui dure depuis un aussi long temps suppose une altération matérielle dans l'organe qui en est le siége. Nous n'essaierons point de combattre ce principe, comme nous l'avons dit plus haut, nous l'admettrons même un instant; nous demanderons quelle est cette lésion, quel est son caractère; que si cette lésion existe, qu'on nous démontre au moins comment elle est devenue incontinent toute la maladie. Est-ce qu'elles ont disparu ces diverses conditions générales qui semblaient avoir une si haute importance? Est-ce que par-delà cette muqueuse, dont quelques capillaires çà et là contiennent peut-être un peu plus de sang que de coutume, il n'y a point un système nerveux trop actif, une poitrine trop étroite, où les poumons jouent difficilement, un appareil musculaire comme enrayé dans son développement, toute une enveloppe cutanée comme étiolée, et par-dessus tout un sang séreux, maigre, appauvri? On convient assez aisément que ces élémens divers ont peut-être quelque valeur; mais par cela seul qu'ils ont servi de base à des théories qui ont fait leur temps et auxquelles il n'est plus permis d'avoir foi, on n'en tient compte que comme de phénomènes secondaires qui sont primés par la lésion intestinale, et qui doivent par conséquent lui être subordonnés. C'est ainsi que, cédant à un système qui prétend à se donner comme le dernier mot de la science, on arrive à ne voir plus qu'un côté des faits, et partant à placer la thérapeutique dans une voie fausse, dans un impasse où l'on peut tourner sur soi-même, mais où l'on se flatterait vainement de lui voir faire quelques progrès. Mais ce n'est point tout : dans l'esprit de beaucoup de ses plus chauds partisans, l'anatomie pathologique prétendrait en vain à formuler une théorie scientifique de quelque valeur avec ses seules données; elle n'est guère qu'un moyen d'exploration ultime, qu'une investigation féconde; il faut interpréter ses résultats, en déterminer le sens : car c'est là toute la science, pour ainsi dire. Une de ces interprétations les plus hardies, et, pourquoi ne pas le dire, des plus heureuses, est la théorie de l'irritation; or, malgré l'allure d'indépendance qu'affectent la plupart des partisans de l'anatomie pathologique pure, ils ne laissent pas dans l'application de se laisser guider le plus souvent par les principes de cette théorie. Qui ne voit dès lors que la lésion intestinale dans la maladie dont nous nous occupons va en conséquence revêtir tout à coup le caractère phlegmasique, et partant, réclamer la méthode de traitement que physiologiquement on doit opposer aux affections de cet ordre? Cette fusion des deux doctrines une fois faite, cette accolade fraternelle une fois donnée, le diagnostic est irrévocablement porté : il y a là une entérite chronique, peut-être déjà même des ulcérations intestinales, et le traitement antiphlogistique, suivi avec persévérance, est la seule ancre de salut qui reste au malade. Il n'est point douteux pour nous que souvent, malheureusement trop souvent, il est difficile de distinguer l'entérite tuberculeuse de la phthisie intestinale au premier degré, de la simple diarrhée lymphatique, quand l'auscultation ou la percussion sont impuissantes à faire connaître l'état de la poitrine, soit que des tubercules ne se soient point encore développés dans les poumons, soit que petits, rares, disséminés, aucun signe direct ne signale encore leur présence. Mais, tout en convenant de cette difficulté, nous croyons qu'on ne peut confondre des cas aussi dissemblables que par un abus déplorable de l'induction analogique; et, remarquons-le bien, une semblable erreur en pareil cas offre d'autant plus de danger qu'elle conduit à une thérapeutique et une diète directement opposées à celles auxquelles le malade doit être soumis. En effet, dès qu'en anatomo-pathologiste on a établi que la muqueuse intestinale est le siége d'une lésion de simple circulation d'abord peut-être, mais qui presque fatalement doit se transformer en une lésion plus profonde de nutrition, et que d'un autre côté, prenant conseil de l'école physiologique, on se persuade que cette lésion est de nature inflammatoire, la route à suivre est tracée; on ne saurait en dévier sans inconséquence; toute la thérapeutique doit être dirigée contre cette lésion; on perd de vue la diathèse générale; toute l'attention se concentre sur cette fraction de la maladie; le malade subit plusieurs applications de sangsues; un régime doux, féculent, lui est strictement recommandé; il doit s'abstenir de tout excitant, sous peine de voir son affection intestinale prendre un funeste développement. Cependant que devient le patient? Il s'affaiblit de plus en plus, ses muscles s'atrophient, le marasme fait des progrès effrayans, le système nerveux, devenant de plus en plus irritable, ajoute encore à l'impressionnabilité de l'organisme. Heureux le malade qui, trompant la malencontreuse sévérité du médecin, parvient à enfreindre une règle erronée; il prolonge d'autant sa vie.

Pour nous, appuyé sur des faits que nous avons eu occasion d'observer, nous ne doutons pas que cette méthode de traitement ne soit directement opposée à celle qu'on doit suivre chez la plus grande partie des individus lymphatiques atteints depuis un temps plus ou moins long de diarrhée; quand celle-ci n'est point évidemment le résultat d'ulcérations intestinales, contre lesquelles l'art a si peu de puissance. On doit ici rejeter complétement les vues rétrécies d'une doctrine qui, s'achoppant à quelque lésion microscopique dans quelque recoin de l'organisation, voit toute une maladie là, et néglige ces hautes vues d'ensemble, cette large observation physiologique de la vie, qui montre tous les organes liés entre eux par la loi d'une admira-

ble synergie et tous solidaires les uns des autres. Pour ceux qui marchent dans cette voie, ils se garderont bien de subordonner à quelque lésion plus ou moins problématique les diverses condictions générales que nous présente notre malade; à l'inverse de l'anatomo-pathologiste, ces conditions pour eux constitueront l'élément principal de la maladie; toute leur thérapeutique aura pour but de refaire en quelque sorte une organisation nativement ou accidentellement viciée; et dans cette vue, c'est surtout à l'emploi des grands modificateurs de l'hygiène générale qu'ils auront recours. Toutes les fois qu'il s'agit ainsi de ces affections diathysiques dans lesquelles tous les organes sont hors des conditions de leur jeu normal, c'est à l'emploi sagement combiné de ces moyens puissans que l'on doit recourir, et tout médecin qui a un peu de philosophie dans la pensée ne manque pas de le faire. Tels sont les principes d'après lesquels doit être envisagé un état morbide complexe que l'anatomie pathologique, se restreignant dans les limites de son point de vue, peut être appelée à éclairer, mais à la connaissance complète duquel elle ne saurait prétendre à nous conduire jamais.

D'après ce que nous avons dit jusqu'ici, il est facile de pressentir le traitement auquel il convient de soumettre les malades atteints de diarrhée lymphatique; il est peut-être bon cependant d'entrer dans quelques détails à cet égard. Nous l'avons dit, toute la maladie est dans l'ensemble des appareils organiques des sujets; c'est donc l'ensemble des conditions générales qui se présentent qu'il faut chercher à modifier; c'est dans l'étude attentive de ces diverses conditions qu'il faut puiser les indications à remplir pour ramener l'économie au type d'une constitution meilleure. Cela posé, voyons quelles sont ces indications : la première, celle qui domine évidemment toutes les autres, qui se les subordonne toutes peut-être, c'est de refaire le sang, trop riche en sérosité, sans vie, sans substance. On remplira cette indication en soumettant les malades à un régime directement opposé à celui auquel on les soumet ordinairement, un régime fortement tonique : des bouillons substantiels, des viandes rôties, feront la partie principale de ce régime. Dans le cercle de nos observations, nous avons remarqué que les malades se trouvaient très-bien de l'usage de la bière fortement chargée de principes amers; nous recommanderons donc cette boisson plutôt que le vin. On doit proscrire d'une manière absolue toute liqueur un peu alcoolisée, comme tous les excitans diffusibles, tels que le café, le thé, etc., le seul but qu'on doit se proposer étant de fortifier les organes par une alimentation substantielle en les excitant le moins possible. Le régime seul pourra déjà lui-même dans le premier temps développer dans la muqueuse intestinale une réaction qui inquiétera; le flux diarrhéique augmentera peut-être d'abord, quelques coliques pourront se manifester; mais qu'on ne s'alarme point, peu à peu ces signes d'excitation disparaîtront, et la restauration des forces du malade, le retour progressif de l'embonpoint, encourageront à persister dans l'emploi de moyens qui, dans un temps assez court, auront conduit à d'aussi heureux résultats. Cependant ce n'est point avoir fait assez que d'avoir fourni au tube digestif les matériaux nécessaires à une chylification substantielle et réparatrice, il faut encore, nous rappelant ce mot profond de Bordeu : *Toute l'économie digère par l'estomac*, placer les différens appareils dans les conditions que l'hygiène générale nous apprend être les plus favorables au développement harmonique de leur plus grande énergie fonctionnelle. Cette seconde indication est capitale; il faut la remplir, sous peine de voir échouer complétement les moyens que nous venons d'indiquer; or cette indication est aussi facile à remplir que la première. Les malades devront être placés au sein d'un air libre et souvent renouvelé; c'est surtout à la campagne que l'air présente ces conditions. Une insolation forte et longtemps continuée rendra à la peau le ton qui lui manque, et tendra à déplacer en faveur de celle-ci la trop grande vitalité dont la muqueuse gastro-intestinale pourrait devenir le siége. La marche, la course, l'équitation, la gymnastique, favoriseront la circulation abdominale en même temps qu'elles exerceront le système musculaire, en concourant par là à son développement normal jusque-là comme enrayé. Le système nerveux devra être également mis à l'abri de toutes les causes qui peuvent le perturber, et bientôt les malades, voyant renaître leurs forces, verront se dissiper cette mélancolie qui s'ajoutait à toutes les causes de débilitation sous l'influence desquelles ils menaçaient de s'éteindre.

On voit d'après les développemens dans lesquels nous venons d'entrer que, dans le régime des malades atteints de diarrhée lymphatique, nous tenons à peine compte de celle-ci; c'est qu'en effet nous pensons que ce n'est là qu'un phénomène secondaire qui n'est pas plus la maladie principale que le flux nasal dont les sujets dont nous parlons sont souvent atteints en même temps. Nous croyons que le mal est dans l'économie tout entière, et qu'il faut placer celle-ci dans les conditions générales que l'observation nous a montrées propres à modifier l'ensemble organique qui la constitue. Mais est-ce à dire que nous faisons complétement abstraction de l'état de la muqueuse entéro-pulmonaire? Loin de là, nous savons que chez les sujets lymphatiques, par une sorte d'atonie constitutionnelle de nutrition, le tissu muqueux partage avec d'autres tissus une remarquable disposition à l'irritabilité morbide; mais, quelle que soit cette funeste aptitude, doit-elle, par l'appréhension des lésions locales éventuelles qu'elle peut amener, enchaîner dans nos mains les moyens que nous avons pour la combattre? Nous ne le pensons pas; nous croyons qu'il n'en faut tenir compte que pour éloigner des tissus placés dans l'imminence pathologique tous les excitans vraiment perturbateurs, et suspendre de temps en temps l'usage des modificateurs ordinaires, quand la susceptibilité muqueuse l'indique; mais nous sommes persuadé que l'emploi longtemps continué de ceux-ci est l'unique moyen que l'art possède pour soustraire les malades aux conséquences graves de leur

mauvaise constitution. Pourquoi redouter ainsi l'action sur la muqueuse intestinale de l'alimentation tonique que réclame une organisation originairement faible, quand on soumet sans crainte à l'influence des excitans naturels la muqueuse pulmonaire placée dans les mêmes conditions?

En résumé, quand on étudie les faits sans idées préconçues, on trouve que les individus doués du tempérament lymphatique sont sujets à une forme spéciale de diarrhée, qui peut exister pendant très-longtemps sans entraîner aucune lésion organique dans la muqueuse digestive; que cette diarrhée ne disparaît point sous l'influence des moyens antiphlogistiques ni du régime qu'on lui oppose ordinairement; qu'elle n'est, à proprement parler, qu'un des nombreux accidens d'une constitution primitivement mauvaise, et qu'elle ne cesse que par le bénéfice des grands modificateurs de l'hygiène générale, à l'aide desquels celle-ci est elle-même heureusement combattue. M. S.

De l'hémoptysie qui précède la phthisie pulmonaire.

L'extrême irrégularité de la température depuis deux ou trois mois a déterminé une multitude d'affections de poitrine dont les hôpitaux de la capitale sont presque exclusivement remplis. Sur ce nombre, les plus intéressantes, et nous dirons même les plus graves, sont des hémoptysies avec ou sans douleur pectorale. Ce n'est pas cependant par elles seules que les hémoptysies actuellement régnantes inspirent des craintes sérieuses, mais c'est parce qu'elles révèlent l'existence d'une disposition à une affection redoutable très-commune à Paris et qu'elles en sont le premier degré : nous voulons parler de la phthisie pulmonaire, dont beaucoup de ces hémoptysies sont déjà ou doivent être suivies. Ce simple aperçu suffit pour montrer avec quelle attention il faut s'occuper des phénomènes de cette maladie, et combien on doit avoir hâte de la réprimer. Les anciens médecins, et le père de la médecine en tête, n'avaient pas manqué de saisir le trait intéressant de cette maladie symptomatique, et ils s'étaient appliqués à éclairer les praticiens sur les signes de sa présence et sur les suites désastreuses qu'elle produit. Nous allons étudier soigneusement ses circonstances les plus frappantes, en prenant pour base les exemples que nous avons eus sous les yeux.

La plupart des sujets atteints de cette hémoptysie sont de préférence les jeunes gens, depuis l'âge de la puberté jusqu'à l'âge de trente-cinq à quarante ans. Nous ne dirons pas néanmoins que cet âge soit exclusivement le partage de cette maladie, mais nous ne dirons pas non plus, avec les médecins de notre époque, que cette maladie attaque indistinctement tous les âges de la vie, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse; la vérité est qu'elle est beaucoup plus commune dans la jeunesse, à partir du moment de la puberté, c'est-à-dire à dater de l'instant où le système circulatoire, dont la poitrine, le cœur et les poumons sont le centre, est spécialement le terme des mouvemens organiques les plus actifs, et qu'elle inspire aussi plus de défiance quand elle éclate sur des sujets de notre sexe que lorsqu'on la voit paraître chez les femmes ou les filles; le flux menstruel, si facile à se dévier, peut se faire jour par les organes pulmonaires, indépendamment de la présence d'aucune autre disposition fâcheuse dans l'appareil de la respiration.

Nous n'entrerons pas dans le détail des différens symptômes de l'hémoptysie proprement dite; cette maladie ne prend en général toute sa gravité que dans la cause tuberculeuse qui, dans certains cas, lui donne naissance. A ce sujet, nous ferons une remarque qui paraîtra neuve à la plupart des praticiens, mais dont leurs souvenirs ou leurs observations subséquentes leur montreront la justesse; cette remarque est celle-ci : que l'hémoptysie est d'autant plus grave dans ses suites qu'elle est moins abondante; que, mis à part la conformation particulière du thorax, l'air de la figure, l'habitus général du corps, considérations qui entrent en ligne de compte dans le pronostic que le médecin porte dans l'hémoptysie, ils doivent porter un jugement plus favorable, toutes choses égales d'ailleurs, lorsque l'hémorrhagie est abondante que lorsqu'elle est petite et répétée. Soit dans les hôpitaux, soit en ville, nous avons eu l'occasion, dans un nombre infini de cas, de vérifier l'exactitude de cette assertion. Nous parlons ici presque exclusivement des hommes, car chez la femme, comme on sait, l'hémorrhagie pulmonaire n'a souvent aucune importance. Nous connaissons plusieurs dames, d'ailleurs bien portantes, qui, sept à huit fois par an, et beaucoup plus souvent peut-être, crachent la valeur d'un verre de sang et davantage dans leur mouchoir sans s'en effrayer le moins du monde, et sans pour cela sortir du spectacle ou du salon où elles se trouvent. Cette hémorrhagie n'entraîne à sa suite ni fièvre ni malaise; le passé nous ayant éclairé sur son innocuité, nous ne prescrivons jamais aucun traitement pour la combattre.

Mais chez les hommes, lorsqu'à la suite d'une toux plus ou moins rebelle, nous voyons survenir de petites hémoptysies, que pendant deux ou trois jours consécutifs nous observons des crachats, soit de sang pur, soit de sang strié mêlé à de la matière muqueuse; que ces petites hémorrhagies, après s'être supprimées, reviennent à des époques plus ou moins rapprochées; dans ces cas, nous n'hésitons jamais à conclure que l'expuition du sang tient à une affection tuberculeuse.

Qu'on y réfléchisse un peu, et l'on verra que la plupart des personnes qui avaient inspiré des craintes sur l'état de leur poitrine à cause des crachemens de sang auxquels elles étaient sujettes, et qui, malgré ces craintes, ont vu leur santé se raffermir, avaient presque toutes eu des hémoptysies assez abondantes.

S'il est possible de saisir la nature de l'hémoptysie qui prélude à la phthisie pulmonaire, il s'en faut de beaucoup qu'il soit aussi facile d'en triompher. La difficulté de ce traitement a deux causes différentes : la plus fâ-

cheuse dépend de la maladie elle-même ; la seconde, de ce que les malades, revenus après la première attaque à un état de santé plus ou moins supportable, répugnent à se soumettre à des prescriptions très-assujettissantes, dont ils ne peuvent apprécier la nécessité. On conçoit que le traitement de cette affection se partage en deux périodes distinctes, en rapport avec les phases de sa durée. La première regarde le temps même de la crise ; la seconde est relative aux intervalles entre les accès.

Pendant l'hémoptysie, le praticien doit travailler avec assiduité à tarir le plus promptement possible la source de l'émission du sang. Dans cette vue, il dispose de deux ordres d'agens thérapeutiques, dont l'un tend à détourner l'affection dont le poumon est le terme, et l'autre à apaiser l'irritation pulmonaire qui appelle la fluxion. Les émissions sanguines sont le premier remède contre la fluxion sanguine et contre l'irritation.

Si le pouls n'est pas trop dur, ou que les forces du malade ne permettent pas les saignées générales, on doit s'efforcer de détourner la fluxion par les saignées locales. En général, dans ces cas, il faut commencer par l'application des sangsues à l'anus, sauf à les appliquer ensuite sur la poitrine ou à les remplacer dans ce lieu par les ventouses scarifiées ; les ventouses sèches ont aussi leur avantage. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que, concurremment avec ces remèdes, les boissons adoucissantes chaudes, le repos du corps et de l'esprit, sont recommandés ; mais il est un autre moyen dont nous ferons une mention expresse, quoique les médecins des hôpitaux l'emploient rarement : c'est l'opium ou les opiatiques incorporés dans des juleps ou des loochs. L'opium, à la dose d'un demi ou d'un grain, n'intervient dans cette hémoptysie qu'après les saignées nécessaires : il augmenterait les symptômes s'il était administré avant les émissions sanguines ; mais, prescrit ensuite, on en retire de grands avantages : il calme la toux, il procure le sommeil, il modère l'irritation pulmonaire. Mais un remède qui dans ce moment fixe, avec juste raison peut-être, l'attention de nos principaux médecins, c'est la digitale. Ce médicament, employé progressivement jusqu'à des doses assez fortes dans l'espèce d'hémoptysie dont nous parlons, est parvenu, entre les mains de M. Broussais, qui l'administre largement à l'hôpital du Val-de-Grace et en ville, à produire des effets merveilleux. Il arrête l'hémorrhagie, modère la toux et met les malades dans des conditions favorables à la guérison. L'effet de la digitale est facilement appréciable dans ce cas : en modérant l'impulsion du cœur, il empêche la congestion des poumons, et par suite son irritabilité. M. Broussais a la conscience d'avoir, par la digitale, arrêté chez plusieurs malades le développement des tubercules pulmonaires. Après des émissions sanguines suffisantes, il administre la digitale en teinture ; dans une potion de quatre onces, il donne le premier jour douze gouttes de ce médicament, le lendemain vingt-quatre, et il augmente rapidement jusqu'à quarante-huit gouttes et davantage ; il n'est nullement arrêté (et il faut que nous ayons entendu cette parole de sa bouche pour la répéter), il n'est nullement arrêté par les symptômes d'une irritation médiocre des voies gastriques ; il faut que l'estomac *rougisse* pour qu'il y prenne garde et s'arrête un instant. La digitale en poudre, à la dose de quatre à huit grains sur la plaie des vésicatoires, lui a été également utile dans ce cas. Le point essentiel, c'est d'empêcher la tendance fluxionnaire du sang vers les organes pulmonaires, et de mettre ces organes à l'abri des irritations susceptibles de l'appeler. D.

Considérations thérapeutiques sur le sang applicables aux hémorrhagies traumatiques et aux anévrysmes.

Qu'est-ce que le sang ? C'est de la chair coulante, a dit un célèbre physiologiste. Habitués comme nous sommes à ne voir le sang chez les animaux vivans qu'à l'état fluide, nous avons au premier abord de la répugnance à admettre une pareille proposition. Si l'on veut cependant réfléchir à la tendance continuelle qu'a le sang normal à se coaguler, et à se convertir par là en une sorte de masse analogue à de la chair bouillie ; à la similitude très-frappante qui existe entre la propriété de la fibre musculaire et celles de la partie coagulable du sang (fibrine), puisque les courans électriques déterminent sur ces deux substances des mouvemens fibrilaires analogues (Aldini, Mojon) ; enfin à la consolidation organique et vasculaire du coagulum de certains sacs anévrysmaux, on cessera de croire exagérée cette proposition que le sang est de la chair coulante.

La fluidité du sang chez les animaux n'est donc qu'une condition accidentelle, ou du moins cette condition n'est nécessaire que pour son mouvement seulement. On regarde avec raison le sang comme un des élémens de l'organisme dont l'existence paraît aussi essentielle à la vie que la vie elle-même l'est pour la formation primitive du sang. Rien ne prouve mieux cette assertion que le phénomène de la révivification après l'opération heureuse de la transfusion à l'occasion d'une hémorrhagie grave, ou bien après la suppression artificielle d'un grand écoulement sanguin. Il est étonnant pourtant que ce principe organique auquel notre existence se rallie aussi intimement, et qui joue un rôle aussi important dans toutes les lésions organiques des deux arbres circulatoires, n'ait pas encore suffisamment fixé l'attention des chirurgiens praticiens.

Une première remarque générale à faire à l'égard du sang, c'est qu'à quelques circonstances accessoires près, il est le même chez tous les animaux bien portans. Si l'on en excepte, en effet, la couleur et le degré de chaleur, il présente chez tous les mêmes propriétés physiques et physiologiques, ainsi que J. Hunter l'a déjà fait remarquer. Les transfusions heureuses qui ont été faites chez les animaux vivans avec le sang d'individus d'espèces très-diverses viennent aussi, jusqu'à un certain point, à l'appui de la proposition qui précède. Je n'hésite point à avancer, d'après ce dernier fait, qu'on pourrait au besoin pratiquer tout aussi heureusement la transfusion

chez l'homme avec le sang de divers animaux qu'avec celui d'un individu de notre espèce.

La propriété la plus remarquable et à la fois la plus importante à étudier dans le sang vivant est sans contredit la coagulation. L'on sait effectivement que plusieurs maladies des systèmes artériel et veineux ne guérissent que par l'intermédiaire d'un caillot sanguin; aussi faisons-nous souvent tous nos efforts pour provoquer cette coagulation dans les hémorrhagies traumatiques, dans les tumeurs sanguines spontanées, après la ligature d'une artère, etc. Il importe donc pour les progrès de ce point de thérapeutique chirurgicale de bien étudier le coagulum et d'apprécier convenablement les moyens qui peuvent en provoquer la formation.

Examen du coagulum dans les hémorrhagies. — Ouvrez sur un animal vivant une grosse artère à l'aide d'une lancette et observez-en les conséquences : une quantité de sang jaillit au dehors et se coagule sur-le-champ; une autre quantité s'infiltre dans l'atmosphère celluleuse de l'artère et des parties adjacentes, formant une tumeur solide qui soulève la peau et bombe plus ou moins. Disséquez attentivement les enveloppes de cette tumeur et examinez minutieusement le gros caillot que vous venez de découvrir : ce caillot est noir, quoique le sang qui l'a formé soit artériel; son centre cependant présente un point rouge vermeil remarquable; c'est une sorte de mamelon ayant l'apparence d'une petite cérise et qui répond à l'endroit de la blessure de la peau. Ce point mérite la plus grande attention sous le rapport thérapeutique. Coupez sur place et par tranches horizontales ce coagulum, vous aurez un corps de consistance analogue à de la gelée de groseilles, dont chaque couche vous présente un petit point rouge dans le centre, du diamètre d'un liard, et qui est manifestement en continuation avec le mamelon indiqué; vous arrivez enfin à l'ouverture artérielle, et ce cercle rouge, ou plutôt ce filet central, vous y conduit fidèlement comme une sorte d'étoile polaire. Ouvrez maintenant l'artère, vous y trouverez également du sang caillé, qui en remplit le calibre en haut et en bas, depuis l'endroit de la blessure jusqu'aux premières branches collatérales. Ce caillot intra-artériel qui était en continuation avec celui de la tumeur a donc été la cause de la cessation de l'hémorrhagie.

Le trajet rouge et central du caillot que nous venons de décrire a été observé pour la première fois par M. Amussat dans des expériences auxquelles nous avons assisté. Il aboutit d'un côté à l'ouverture de la peau, de l'autre à la brèche artérielle. L'organisation de ce conduit est telle que, si vous introduisez une bougie par la blessure cutanée en la faisant filer doucement entre vos doigts, vous tomberez exactement sur l'ouverture de l'artère.

Il suit de cette observation que, lorsqu'on veut découvrir la blessure d'une artère qui se trouve dans les conditions précédentes, on peut mettre en usage l'un des deux moyens suivans: 1° introduire délicatement une petite bougie à travers le trajet central du caillot qui répond à la plaie tégumentaire; 2° disséquer la peau sur le caillot sans désorganiser celui-ci, le couper ensuite par tranches horizontales ou parallèles au plan de la blessure extérieure et suivre attentivement la direction du trajet rouge que nous venons de décrire. Cette précieuse ressource était entièrement inconnue à nos prédécesseurs. Voici un fait qui permettra d'apprécier parfaitement l'importance des idées que nous venons d'émettre.

Un jeune homme, en voulant parer un coup de poignard, est blessé dans le bras; l'instrument frappe ce membre de bas en haut et de dehors en dedans, perce le triceps brachial et blesse l'artère humérale sur sa face postérieure. Il s'ensuit des hémorrhagies intercurrentes pendant trois jours. Deschamps, Boyer et Sabatier sont alors appelés en consultation : on constate une énorme tumeur sanguine sur la face interne du bras, qui s'étend dans tout le trajet de l'artère humérale, depuis le pli du coude jusqu'à l'aisselle; l'on se trouve d'accord sur la véritable nature du mal et l'on se met en devoir de lier l'artère. Deschamps pratique sur la face interne du bras et dans le trajet de l'artère une incision de cinq pouces de longueur, en commençant par le bord inférieur du deltoïde. La poche sanguine est débarrassée de tout le caillot, l'artère est mise à découvert; mais c'est en vain qu'on cherche l'endroit de son ouverture; le vaisseau bat partout également et le sang a cessé entièrement de couler. On soupçonne alors que l'hémorrhagie n'était peut-être pas artérielle. En attendant, l'opérateur place une ligature d'attente le plus haut possible sur l'artère dénudée, et l'on pause simplement. Le lendemain et les deux jours suivans, les hémorrhagies reparaissent par intervalles. On serre donc la ligature, mais cette ligature était malheureusement tombée à trois lignes au-dessous de la blessure de l'artère; le sang jaillit donc avec force. On comprime, on passe une seconde ligature plus haut que la première, en suivant le trajet même de la plaie du poignard qu'on élargit; mais, hélas! il était trop tard: le malade expira exsangue peu de temps après la dernière opération.

Qui ne voit dans ce cas que le malade aurait pu être sauvé si le chirurgien, au lieu d'ouvrir la tumeur par la partie antérieure du bras, eût au contraire débridé les parties en suivant le trajet même de la plaie, ainsi que Scarpa l'a établi en principe? Qui ne conçoit, d'autre part, que l'opérateur aurait de prime-abord découvert l'ouverture artérielle et lié convenablement le vaisseau, si, au lieu de vider sans ordre le caillot, il l'eût excisé par tranches depuis l'ouverture cutanée, et suivi attentivement comme un guide fidèle le trajet rouge que nous avons décrit?

Dans un cas de saignée malheureuse au bras, M. V. Mott, d'Amérique, a été étonné de la facilité avec laquelle il a pu tomber sur l'ouverture de l'artère en introduisant par la plaie extérieure une petite bougie à travers le caillot sous-tégumentaire.

Si l'on veut maintenant se rendre compte de la formation du trajet central du caillot dont nous venons de parler, il n'est pas difficile d'en expliquer le phéno-

mène. Le sang qui sort de l'artère distend les tissus ambians, s'infiltre, se forme un kyste et se coagule instantanément de la circonférence au centre. A mesure qu'il s'épanche du vaisseau, il donne naissance à de nouvelles couches concentriques qui se superposent aux premières ; de manière qu'il en résulte une sorte de cratère analogue à celui d'un volcan. Le centre de ce volcan fibrineux continue à vomir du sang tout en se rétrécissant toujours ; de là naît enfin une sorte de trajet central, qui finit lui-même par être bouché en dernier lieu, mais par du sang qui est naturellement plus rouge puisqu'il est le dernier à sortir de l'artère et qu'il communique avec celui de l'intérieur du vaisseau blessé.

Caillot des anévrysmes. Si vous examinez à présent le caillot qui remplit les sacs anévrysmaux, vous trouverez aussi une masse noire, une sorte d'éponge sanguine qui ressemble beaucoup à un morceau de foie bouilli. Ce grand caillot cependant présente quelquefois, surtout s'il est ancien, une structure stratifiée ; il est assez consistant, adhère fortement à la circonférence de la poche anévrysmale, et des vaisseaux très-tenus, de nouvelle formation, existent dans son intérieur. Ces vaisseaux communiquent avec ceux des parois du sac, ou, en d'autres termes, ce caillot paraît réellement organisé, il tend à une solidification réelle à se convertir en un véritable sarcome (Hunter, Wardrop). On sait aujourd'hui que ce coagulum, en se solidifiant, procure souvent la guérison radicale de la tumeur sanguine, ainsi que nous aurons l'occasion de le démontrer.

Mais quels sont la nature et le mécanisme de cette coagulation ? Le mot *coagulum* est ici synonyme de décomposition. En se coagulant, le sang sorti d'un vaisseau se décompose, comme on sait, 1° en *sérum*, partie liquide jaunâtre, très-pesante, et qui va au fond du vase ; 2° en *fibrine*, substance très-légère, jaunâtre, et qui surnage à la surface du sérum ; 3° enfin en partie colorante rouge (hématosine), de gravité moyenne, et qui, par suite d'une attraction particulière, reste d'abord adhérente à la fibrine, mais dont elle se sépare spontanément par la suite. Cette décomposition exige deux ou trois jours pour être complète. En effet, ayant conservé à dessein chez moi une cuvette de sang que j'ai tiré du bras d'un jeune commissionnaire, fort et habituellement bien portant, j'ai été obligé de décanter souvent le mélange pendant les vingt-quatre premières heures ; car le caillot restant, qui semblait d'abord solide donnait bientôt du sérum dans le fond du vase, puis après de la matière colorante, etc.

Il est incontestable que les choses se passent aussi de la même manière dans le sac anévrysmal ; il est certain qu'en se coagulant le sang se décompose par le même mécanisme, et dans un temps plus ou moins long. Le sérum est résorbé, ou bien il est entraîné par le reste du sang qui y circule ; la fibrine se dépose à la circonférence de la poche, se consolide, s'organise et acquiert des adhérences. C'est ainsi que dans les cas heureux, des couches successives de fibrines se déposent dans la tumeur anévrysmale et que la guérison spontanée s'opère par consolidation organique. Mais n'anticipons pas sur ce dernier sujet ; notons seulement le fait, et passons outre.

Moyens qui facilitent la coagulation.

Le froid, dit-on, est le moyen le plus puissant pour faciliter la formation du coagulum. Voyez, en effet, ajoute-t-on, les heureux effets qu'on obtient tous les jours de la glace, de la neige, de l'eau glacée, qu'on applique sur les blessures artérielles, sur les anévrysmes, et sur toutes les tumeurs sanguines en général. *Credat Judæus Apella, non ego !* Je regarde pour mon compte une pareille pratique comme la plus exorbitante des absurdités. Le froid n'a aucune influence sur la coagulation du sang. Exposé à une température de 50 degrés au-dessous de zéro, le sang ne se coagule pas plus tôt qu'à la température de l'air atmosphérique (Hunter).

L'air paraît à beaucoup de personnes une des causes les plus puissantes de la coagulation du sang ; les expériences cependant de J. Hunter à cet égard prouvent le contraire. Exposé dans le vide, le sang d'un même animal ne se coagule pas plus tard que lorsqu'on le laissse à l'air libre L'air n'a donc aucune part dans la coagulation ; mais il en exerce une très-réelle sur le sang déjà coagulé, qu'il putréfie avec une très-grande facilité. Nous verrons, en effet, qu'il faut en général éviter avec le plus grand soin que l'air agisse dans les foyers sanguins chez l'homme vivant.

La chaleur néanmoins a une action incontestable dans la coagulation du sang. A circonstances égales, il se coagule plus tôt dans une température élevée, ainsi l'expérience en a été faite. Nous connaissons, en effet, un plus grand nombre de cas d'anévrysmes guéris par des applications chaudes sur la tumeur, comme par les sachets de cendres chaudes, de farine, de fleurs de tan, etc. que par tout autre moyen. Je pense par la même raison qu'il est plus facile d'arrêter une hémorrhagie à l'aide de cendres bien chaudes, ou de tout autre remède analogue, que par l'eau glacée, ainsi qu'on a coutume de le faire communément mal à propos.

Les alcooliques, tels que l'eau-de-vie camphrée, la teinture de tannin, le gros vin rouge, etc., surtout quand ils sont employés bien chauds, ont, comme plusieurs substances acides, telles que le vinaigre, par exemple, une influence très-puissante dans la coagulation du sang. Depuis longtemps la chirurgie italienne, et en particulier celle de l'hôpital des Incurables de Naples, emploie avec un avantage très-marqué les substances en question sur les tumeurs anévrysmales ; l'on sait d'ailleurs que Pelletan obtint dans des cas de ce genre des effets très-satisfaisans par des cataplasmes de farine de lin et de vinaigre. C'est dans le même but de faciliter la coagulation du sang que les boissons acidulées, telles que la limonade cuite, etc., peuvent être fort utiles en pareille occurrence.

Le repos, enfin, ou la diminution du mouvement du sang, est, suivant moi, le plus puissant des moyens

coagulateurs. Il est de fait que la syncope n'arrête en général les hémorrhagies que par suite du caillot qui se forme dans cet instant de suspension de la circulation. Il est aussi d'observation que le seul repos au lit, joint à tous les autres moyens capables de diminuer l'impulsion du cœur et des artères, tels que les saignées, la diète, les bandages légèrement roulés, etc., compte aujourd'hui le plus de succès dans le cas dont il s'agit... On ne peut pas dire pourtant que le mouvement soit un obstacle à la coagulation du sang; car, ayant agité pendant quelque temps avec une baguette une demi-cuvette de sang que je venais de tirer de la veine, cela ne l'a pas empêché de se coaguler et de se décomposer à peu près dans le temps ordinaire. Nous savons d'ailleurs qu'un malade dont parle Lassus est parvenu à se guérir spontanément d'un énorme anévrysme à la cuisse à l'aide de l'application continuelle d'un sachet de cendres chaudes sur la tumeur et d'un grand exercice corporel, ou plutôt malgré cet exercice. Ces cas, du reste, sont excessivement rares.

On voit déjà par les réflexions qui précèdent que la thérapeutique possède des moyens très-réels pour provoquer la coagulation du sang dans les cas où cette indication existe, et que plusieurs de ces remèdes peuvent être employés à la fois; mais d'autres considérations importantes se rattachent à ce point de pratique; je les exposerai dans un prochain article.

Rognetta.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

JANVIER 1836.

Sur la constitution géognostique intérieure de la montagne Sainte-Geneviève de Paris, et examen de quelques eaux de puits de cette capitale ; par J.-J. Virey.

§ I. Ayant fait creuser en 1831 un puits profond vers le point culminant de la montagne Sainte-Geneviève, où j'habite, l'occasion d'explorer les couches non encore décrites qui la constituent, et les eaux qu'on y rencontre, m'a été fournie. Quoique le bassin des environs de Paris ait été si bien étudié par MM. G. Cuvier et Al. Brongniart (1), et que M. Girard ait fait connaître ses excellentes *Recherches sur les eaux publiques de Paris* (2), des fouilles nouvelles, ou le creusement des puits et des carrières profondes peuvent nous dévoiler seuls les formations souterraines de cette capitale. Son sol, maintenant recouvert de terres apportées, de décombres, de tant de déblais et de remblais, sillonné d'égoûts, de fosses d'aisance, rempli d'anciens cimetières, de charniers et de voiries, d'attérissemens, de cailloux roulés et galets sur les quais et les rives de la Seine, ou de terres végétales dans ses anciens marais, est presque tout factice et mal examiné. Ces amas de matériaux, et les alluvions de limons entraînés par les eaux, ayant exhaussé le terrain primitif de l'ancienne Lutèce, l'ont fait en partie sortir de ses fangeux marécages ; on ne connaît bien que sa superficie.

Lorsque du sommet de la coupole du Panthéon, la vue s'étend sur cette célèbre capitale de la civilisation moderne, on l'observe entourée d'une ceinture de hautes collines, de Chaillot et Passy, aux monts gypseux de Montmartre, Belleville et Ménilmontant, jusqu'à Charenton et à Créteil, près de la Marne, sur la rive droite de la Seine ; puis, sur la gauche, les plateaux de Gentilly, de Bicêtre, de Montrouge, s'abaissant à l'ouest vers la plaine de Grenelle, pour être enclos à l'horizon par les hauteurs de Meudon et de Saint-Cloud. Ainsi, le territoire de Paris, *intrà muros,* se compose généralement, sur les bords du fleuve, d'attérissemens, environnés au nord par des formations de marnes gypseuses, au nord-est par ces mêmes reliefs surmontés de calcaires d'eau douce, à l'est et au sud-est par des marnes marines, en partie gypseuses, mais plutôt calcaires. On remarque, sur la rive gauche, les dépôts d'attérissement du sud recouvrant des bancs énormes d'un calcaire marin grossier et à cérites ; ils présentent, vers l'ouest et au nord-ouest, des silex roulés dans un sable argileux et ferrugineux en couches puissantes, qui s'étendent vers les plaines des Sablons et de Boulogne.

En général, la région du sud, labourée profondément d'excavations et de carrières, fournit la pierre à bâtir ; puis les buttes du nord, le gypse destiné à les cimenter ; aussi, les eaux qui surgissent des terrains du midi contiennent principalement des carbonates calcaires, comme celles d'Arcueil et de la Bièvre ; tandis que les eaux de la région du nord sont fortement imprégnées de sulfate de chaux (1). Les formations gypseuses de la rive droite offrent surtout des terrains d'eau douce, contenant peu de productions marines, mais plutôt des débris d'animaux fossiles d'alluvion, soit de marais, soit du fleuve, tandis que les strates du calcaire coquiller de la région méridionale résultent la plupart d'origine marine plus antique.

On peut dire que le fond commun sur lequel ont été déposées toutes ces formations tertiaires du bassin de Paris, est la craie (2) ; celle qui paraît le moins à nu, ou la plus inférieure, appartient à des dépôts marins. Quoique creusé de galeries souterraines pour en extraire les pierres dont sont construites les maisons de Paris, le massif du sud, ainsi exploité depuis tant d'années, n'a paru composé que de bancs d'un calcaire coquiller ; on ne s'est guère occupé des autres couches ou matériaux, en sorte qu'on ignore la série géognostique des minéraux, qui se superposent pour la montagne Sainte-

(1) *Essai sur la géographie minéralogique des environs de Paris,* avec une carte géognostique etc., Paris, 1811, in-4°, première édition ; mais le sol de Paris, *intrà muros,* n'y est nullement décrit.

(2) Vol. in-4° avec planches. Paris, imprimerie impériale, 1812. Cet ouvrage traite surtout du nivellement des terrains et du cours des eaux, sans étudier leur nature.

(1) Ainsi les eaux du canal St.-Martin, et surtout celles de Belleville, sont très-chargées de sélénite ; on connaît les sources minérales sulfatées de Passy ; il y en a de sulfureuses à Auteuil et à Montmartre, etc.

(2) Cuvier et Brongniart, *Géogr. minéral. des environs de Paris,* page 60.

M.

Geneviève, appelée jadis mont *Lucotitius*, sans doute à cause du *lucus*, ou bois consacré qui la couronnait, et qui était destiné sans doute aux sacrifices druidiques des anciens Gaulois (1). On verra que la composition de cette montagne diffère de celle des carrières de Gentilly et de Montrouge, auxquelles on l'assimilait (2). Cette croupe, la plus élevée de Paris, monte à 35 mètres environ au-dessus du point *o* du pont de la Tournelle, en amont du niveau de la Seine (3). Les ressauts du terrain se manifestent surtout aux gibbosités ou buttes de la rue Saint-Hyacinthe et de l'Estrapade, qui ne dépendent pas, comme on l'a cru, des gravois ou décombres accumulés d'anciennes voiries.

§ 2. On ne tenait aucune note des couches du terrain à l'époque des fouilles faites à plus de 60 pieds de profondeur, pour asseoir les fondemens de la nouvelle Sainte-Geneviève ou Panthéon, en 1757. Les études géologiques alors ne se portaient guère vers ces recherches dans le creusement des puits, comme celui de l'École de droit et quelques autres aussi profonds de cette montagne, puisqu'il faut descendre à peu près au niveau de la Seine, ou de toute la hauteur de cette montagne, pour rencontrer de l'eau. Les puits creusés, soit à la place Maubert, soit à Sablonville dans une roche coquillère, exigent bien moins de profondeur, il suffit de 30 à 40 pieds seulement dans quelques localités inférieures; ainsi, au-dessous d'une couche de glaise recouverte par du sable, l'eau sort abondamment au faubourg Saint-Germain comme au faubourg Saint-Marceau.

Le terrain, dans lequel nous avons fait creuser, est situé au côté sud de l'École de droit actuelle, à une hauteur d'environ 34 mètres ou 105 pieds au-dessus du niveau de la Seine; il n'est dominé que d'un mètre environ par le point culminant de l'Estrapade, le plus élevé de toute la montagne. On a d'abord rencontré 5 mètres (15 pieds et plus) de terre végétale ou de décombres de l'ancien emplacement du collège de Lizieux.

1° Le *premier terrain* naturel a été un lit épais de sablon de rivière très-pur, jaune, ferrugineux, avec des galets siliceux roulés, sans mélange aucun de terre, sans débris de corps organisés, ni de coquilles fluviatiles, bien qu'il soit évidemment un attérissement d'eau douce sur lequel a été déposée la couche d'humus supérieure. Un tel dépôt arénacé sur le faîte de la montagne, à 85 pieds d'élévation, et ayant au delà de 5 pieds d'épaisseur (environ 1 mètre 80 cent.), montre à quelle hauteur les eaux du fleuve étaient anciennement portées dans leurs grandes alluvions, qu'elles n'atteignent jamais aujourd'hui (1).

2° Le *second terrain*, situé au-dessous, à 7 mètres et au delà de profondeur (22 pieds), présenta un filon de sable vert, chloriteux, mêlé d'argile ou terre à fabriquer des fourneaux. Cette couche avait environ de 3 à 4 mètre (10 à 12 pieds) de puissance.

3° Elle se modifia en un *troisième terrain* formé d'agglomérats d'un sablon jaune et vert, avec des rognons silicieux dans un tuf alumineux ou de marne. Cette argile poreuse formait un banc d'environ 15 pieds (5 mètres d'épaisseur).

4° C'est sur ce banc qu'apparaît, pour *quatrième formation*, un tuf décidément calcaire et marneux blanc, contenant encore de l'argile, qui le rend dense et lui fait retenir de l'eau.

5° Quoique la *cinquième formation* ne paraisse guère qu'une continuation de la précédente, vers 50 à 60 pieds de profondeur, cependant le tufau crayeux devient de plus en plus compact et même rocheux; il faut le casser en moellons qui restent friables par leur dessiccation hors du sol. Néanmoins ce banc constitue un plancher, ou ce massif dur, sur lequel sans doute est appuyée toute la masse du Panthéon.

6° A 21 mètres (de 60 à 65 pieds de profondeur) se manifeste le *sixième terrain*, fort distinct, la glauconie crayeuse ou sable jaune verdâtre, recouvrant des rocailles ou veine de cailloutage calcaire mêlé de grès plus ou moins compacte en rognons; ce strate, qui paraît être un banc originaire d'eau douce, fournit de mauvais moellons impropres à la construction; il s'étend à une profondeur inférieure à 70 pieds.

7° Sous ce lit, vers 85 pieds (27 mètres), est ce dépôt calcaire, tantôt spathique et cristallin, tantôt rocheux, plus ou moins poreux et mêlé de coquilles, la plupart bivalves, marines, en fragmens d'un blanc nacré, lequel est désigné sous le nom de *caillase* ou *cayasse*, par les ouvriers. MM. Cuvier et Brongniart disent qu'ils ne l'ont pas observé dans leurs recherches.

8° Enfin, une roche silicéo-calcaire, à la profondeur de 30 mètres et au delà (95 pieds), constitue la base compacte et très-dure de la montagne Sainte-Geneviève. Cette formation de banc coquiller solide est imprégnée d'humidité, ou *sue l'eau*, c'est des veines poreuses de ce massif épais de plusieurs mètres que l'eau a jailli vers 98 pieds d'abord.

Les fragmens de cette roche ont présenté les débris de diverses coquilles empâtées, parmi lesquelles on distinguait, outre des cérites et de petites huîtres (*ostrea cyathula*), probablement quelques *anomia* avec des portions de *cythera nitidula*, bien nacrées (2). Cette ro-

---

(1) Voir G. Corrozet, *Antiquitez chroniq. et singularitez de Paris*, etc. Félibien, *Histoire de la ville de Paris*, tom. 1. Henry Sauval, *Hist. et antiq.*, introd. L'abbé Lebœuf, *Histoire du diocèse de Paris*. Dulaure, *Hist. de Paris*, etc; c'est pour cela que la montagne fut consacrée à la patrone de Paris, etc.

(2) Cuvier et Brongniart, p. 106 et *sq.*

(3) Gérard, *Recherches sur les eaux publiques de Paris*, p. 119.

(1) Cette nappe de sablon de rivière s'étend fort loin, d'après l'examen d'autres fouilles faites pour les fondemens des maisons.

(2) D'après les expériences de M. Beudant, les mêmes coquilles fluviatiles ou la custre d'eau douce, peuvent s'habituer à vi-

che, creusée jusqu'à 103 pieds (ou 34 mètres environ), sans changement notable dans sa composition, a fourni abondamment une eau limpide sans tarir, même pendant les plus grandes sécheresses.

Telle est donc la série géognostique et l'épaisseur de chacune des couches superposées, depuis le sommet de la montagne Sainte-Geneviève jusqu'au niveau de la Seine. Les strates d'origine marine y sont évidemment prédominantes, et rien n'y décèle des débris d'ossemens fossiles, d'une organisation plus élevée que les coquillages, comme il en existe dans les dépôts gypseux de Montmartre.

§ 3. *De l'eau des puits de la montagne du Panthéon.* Il y a une grande ressemblance entre les eaux comparées de plusieurs puits situés sur cette élévation; elles montrent toutes, en même temps, des analogies avec celle d'Arcueil, si ce n'est qu'elles contiennent une moindre proportion de sulfate calcaire, mais une plus forte quantité de carbonate de chaux, et de l'alumine en suspension, dans les températures les moins basses. Ces eaux, quoique assez limpides et sans saveur désagréable, pèsent dans l'estomac; elles décomposent l'eau de savon, et cuisent mal les légumes. En général, les eaux des puits et des fontaines de la rive droite de la Seine contiennent, d'après Vauquelin, plus de sulfate que de carbonate de chaux. Le contraire a lieu pour les eaux de la rive gauche.

Douze litres de l'eau de puits de la montagne Sainte-Geneviève (puits de l'École de droit et le nôtre) ont été filtrés et évaporés à siccité; ils ont laissé 8 grammes 740 centigrammes en tout, de matière solide. Celle-ci a donné à l'analyse :

Sulfate calcaire.	1,900
Carbonate de chaux.	3,050
Hydrochlorate de soude.	des traces.
Sels déliquescens.	1,480
Matière argilocalcaire, séparée par filtration.	2,310
	8,740

vre par gradations insensibles dans les eaux salées; on ne peut donc pas toujours conclure de leur présence, la nature marine ou d'eau douce du terrain où elles ont laissé leurs débris. *Annales de physiq. et de chimie,* tom. 2, p. 32.

Réflexions sur le dernier mémoire de M. Pelletier; par J.-P. Couerbe.

Le *post-scriptum* que M. Pelletier a ajouté à son dernier ouvrage est à peu près la seule partie du travail qui m'ait conduit aux réflexions que je vais avoir l'honneur de présenter.

M. Pelletier dit dans cet article : « Je n'entrerai pas en discussion avec M. Couerbe sur le petit nombre de points où nous ne nous trouvons pas absolument d'accord, ces légères différences entre deux auteurs qui travaillent sur la même matière, sont presque inévitables. Toutefois, je dois réclamer sur un passage : M. Couerbe attribue entièrement à M. Thibouméry la découverte de la paramorphine, oubliant, etc. »

Je crois que M. Pelletier a tort d'éviter une discussion qui tendrait à vérifier nos résultats, car elle ne pourrait que tourner au profit de la science. Quant à ce qui concerne l'histoire de la thébaïne, je dois dire que je n'ai rien oublié, et que je n'ai écrit que la vérité.

Un peu plus bas du même *post-scriptum*, on lit : « J'ignore pourquoi M. Couerbe a donné à la paramorphine le nom de thébaïne; ce nom semblerait indiquer que cette substance ne se rencontre que dans l'opium de Thèbes ou d'Égypte, tandis que l'opium de Smyrne est celui qui la contient en plus grande quantité. »

J'avoue franchement que je ne puis répondre de l'opium qui a servi à mes expériences. Je félicite M. Pelletier si ses relations commerciales et ses connaissances en histoire des drogues simples, lui permettent d'expérimenter sur un opium toujours pur provenant de source certaine; quant à moi, je ne suis pas aussi heureusement placé. Mais quand bien même l'opium de Smyrne contiendrait cette substance en plus grande quantité, cela ne prouverait pas que je me serais écarté des principes de la nomenclature, car les acides citrique, malique, oxalique, se trouvent bien certainement autre part que dans le citron, la pomme, l'oseille. Et, d'ailleurs, M. Pelletier sait bien que l'on appelle extrait thébaïque un opium quelconque purifié convenablement. Sa critique n'est donc pas fondée.

Mais puisqu'enfin nous sommes dans l'embarras du choix, voyons si le nom de paramorphine est plus convenable; et expliquons pourquoi je ne lui ai point conservé cette dénomination.

Dans le courant de son ouvrage, M. Pelletier s'exprime en ces termes : « Je nomme cette matière paramorphine, parce qu'elle m'a présenté une analogie complète de composition avec la morphine. » C'est ce que nous allons vérifier maintenant, en nous servant des analyses mêmes de l'auteur.

Et d'abord, il est bon de faire observer qu'il existe deux analyses à la page 569 de ce travail (1); une que l'on peut tirer des données placées en note, et l'autre qui dérive de je ne sais quelle expérience.

La première, celle que l'on peut calculer en partant des données, égale

Carbone.	72,0583
Azote.	4,4109
Hydrogène.	6.2826
Oxigène.	17,2479

Formule : $C^{38}\ Az^{2}\ H^{40}\ O^{7}$.

L'autre analyse, qui est celle que M. Pelletier a inscrite en centième, égale

(1) Même journal, novembre 1835.

Carbone.	71,310
Azote.	4,408
Hydrogène.	6,290
Oxigène.	17,992

Elle correspond à la formule C^{37} Az^2 H^{40} O^7.

M. Pelletier sait sans doute que, pour que l'isomérie existe entre deux matières il faut que la même formule soit amenée par les résultats en centièmes trouvés par l'expérience : et encore on pourrait rigoureusement exiger que la capacité de saturation fût la même, car A B ne peut pas être isomérique avec A^2 B^2. Il y a bien là isomérie de rapports, mais non pas de nombres. Ce sont deux genres d'isomérie comme on le sait très-bien, et M. Pelletier ne l'ignore pas.

Ce principe posé, comparons les formules que nous venons de tirer avec celle de la morphine donnée par M. Liébig, nous verrons que la première représente celle de la morphine plus C^4 H^4 O ; que la seconde représente la morphine plus C^3 H^4 O. Enfin que celle que j'ai publiée offre encore moins d'analogie, car elle est égale à C^{25} Az^2 H^{27} O^4, lorsque la morphine se formule par C^{34} Az^2 H^{36} O^6.

M. Pelletier comprendra pourquoi maintenant je n'ai pas conservé le nom de paramorphine à la matière en question, et il verra que la dénomination qu'il a blâmée est très-simple, nullement équivoque, assez harmonieuse, pour me servir des expressions flatteuses de mon critique, en un mot tout à fait rationnelle.

Laissant là tout ce qui concerne la thébaïne, je me permettrai de jeter un coup-d'œil sur la composition de la pseudomorphine, qui m'a paru offrir des rapprochemens singuliers qui m'ont conduit à quelques considérations.

A l'occasion de la composition de cette substance, M. Pelletier s'exprime en ces termes : dans cette analyse j'ai été assisté par M. Walter, jeune chimiste aussi adroit qu'instruit ; voici les résultats obtenus par l'analyse directe et par le calcul :

			at.	an. calculés.
Carbone.	52,74	—	54	53,41
Hydrogène.	5,81	—	36	5,81
Azote.	4,08	—	2	4,57
Oxigène.	37,37	—	14	36,19

M. Pelletier n'ayant pas inscrit les données qui lui ont fourni ces chiffres, il m'a été impossible de les vérifier, mais en les supposant d'accord avec l'expérience directe, chose dont je ne doute nullement, il y a encore discordance entre cette analyse directe et l'analyse calculée. La formule qu'il en déduit est également incorrecte.

La formule qui correspond avec l'expérience égale C^{30} Az^2 H^{40} O^{16}, au lieu de C^{27} H^{36} Az^2 O^{14}, que M. Pelletier a tirée et inscrite.

A l'égard de cette dernière formule, je ferai remarquer que M. Pelletier a mal exprimé la valeur de ses atomes ; en effet, le chiffre 2066,74, qui est la valeur de 54 at. de carbone, ne s'accorde avec aucun poids d'atome du carbone ; en adoptant 76,438 qui est celui que l'on trouve dans le précieux ouvrage de Berzélius, on a alors $54/2 \times 76,438 = 2063,826$. Si on prend le chiffre 37,66 qui se trouve dans l'excellent Traité de chimie de M. Dumas, on a $54 \times 37,66 = 2033,64$. Enfin, si reléguant tous ces nombres on préfère celui que nous fournit la proportion 1,1026 : 100 : : 0, 8438 : x = 76.528, alors la somme de 54 atomes sera donnée par $54/2 \times 76,528 = 2066,256$; c'est probablement ce poids qui entre dans les calculs de M. Pelletier, 36 atomes d'hydrogène pèsent bien à peu près 225,00, ils égalent 224, 640. Quant à l'atome d'azote, il se trouve exprimé dans toutes les tables de poids atomiques par 88,518, et non par 58,82 ce qui est bien différent.

D'après ces corrections, la somme totale des atomes qui entrent dans la formule donnée par M. Pelletier égale 3865,502 au lieu de 3809,38. Il m'est difficile d'admettre ici des fautes de typographie car l'addition est exacte, ce qui ne serait pas s'il y avait des erreurs typographiques. Comment donc expliquer ces incorrections multipliées si impardonnables dans les ouvrages d'un homme dont le vaste savoir nous est si bien connu ?

La formule C^{30} Az^2 $H^{40}O^{16}$ est extrêmement remarquable, car elle rapproche la pseudomorphine de la narcéine. Il y a entre elles en effet les plus grandes relations. Dans mon dernier mémoire j'ai donné pour composition de cette substance les chiffres C^{14} Az^1 H^{20} O^6. Si nous multiplions ces nombres par 2, ou que nous divisions par le même chiffre ceux de la pseudomorphine, on remarquera que cette substance peut être représentée par de l'acide carbonique et de la narcéine $= C^{14}$ Az^1 H^{20} $O^6 \times C$ O^2.

Ce rapprochement offre quelque chose de singulier encore qui provient de ce que nous ne connaissons pas la valeur de la molécule narcéique : c'est que, si nous établissons le poids de l'atome de la narcéine égal à C^{14} Az^1 H^{20} O^6, la pseudomorphine peut être représentée par une particule contenant deux particules de carbonate de narcéine. Si au contraire cet atome de narcéine, représenté par la formule que j'ai établie, doit être multiplié par 2 pour en former l'équivalent, alors la pseudomorphine devra être considérée comme un bi-carbonate de narcéine qui sera représenté comme il suit : C^{28} Az^2 H^{40} O^{12} + C^2 O^4 (1).

Ces rapports simples me paraissent très-intéressans et il serait à désirer qu'ils existassent entre tous les produits de l'opium ; car il serait plus facile d'expli-

(1) C'est pour éviter des périphrases que j'emploie les expressions carbonate et bi-carbonate, car je suis loin de penser que dans la pseudomorphine les élémens sont groupés ainsi. J'ai voulu faire voir seulement qu'une analyse bien faite et bien formulée peut conduire à trouver des relations entre des substances qui paraissent tout d'abord être dans le plus grand isolement et n'avoir entre elles aucun point de contact.

quer leur formation et on pourrait moins douter de leur origine.

Il est peut-être possible que ces divers principes immédiats ne diffèrent les uns des autres que par des élémens organiques très-simples, mais que nous ne connaissons pas. Si cela est véritablement, la découverte de nouveaux principes organiques serait plus utile que ne le pensent quelques hommes du plus grand mérite. Sans doute que, si, lorsqu'on découvre une nouvelle matière on ne l'envisage que comme une matière devant augmenter le catalogue des corps de cette nature, sans réfléchir sur les causes qui lui ont donné naissance, on n'apporte dans ce cas qu'une substance bâtarde et insignifiante, qui ne peut tout au plus que recevoir quelques applications secondaires et de peu d'intérêt.

Mais qu'on ne s'y trompe pas, un produit d'origine végétale ou animale a son côté philosophique; mais il faut le comprendre et le faire connaître.

Je terminerai cette note par quelques réflexions sur l'analyse immédiate et comparative que M. Pelletier a faite des deux opiums.

Dans ces recherches curieuses, M. Pelletier vient de faire cette remarque importante, que l'opium de France est privé de narcotine. Dès lors, il en a tiré cette conclusion, qu'il y aurait peut-être de l'avantage à cultiver le pavot dans nos contrées méridionales, pour ensuite en retirer la morphine : cette substance paraissant se trouver en plus grande quantité dans l'opium français. Sans vouloir écarter l'idée de cultiver cette plante utile, je doute fort que les prévisions de M. Pelletier se réalisent, car la véritable cause de la différence de composition des deux opiums ne me paraît pas être dans le climat comme le pense M. Pelletier, mais bien dans le mode de préparation de ce produit.

Comment en effet M. Lamarque a-t-il récolté l'opium qu'il a remis à M. Caventou, et qui a servi aux expériences (1)? N'est-ce pas par un procédé analogue à celui que suivent les Turcs pour obtenir leur *méconium :* méconium qu'ils savourent avec tant de bonheur et qu'ils gardent avec le plus grand soin. Nous ne recevons pas en France ce produit. Nous ignorons par conséquent sa véritable composition. Nous ne connaissons que la composition d'un extrait plus ou moins bien fait du pavot, ce qui est bien différent. On ne peut donc pas comparer les deux analyses et en tirer rigoureusement les conséquences que M. Pelletier en a tirées.

Toutefois, cette expérience n'est pas sans intérêt, car envisagée d'une autre manière elle peut devenir d'une grande importance et recevoir d'heureuses applications. En effet, elle explique que la larme du pavot offre les principes de cette plante parachevés, si tant il est vrai que l'on doive considérer la morphine comme étant un principe rappelant la dernière phase des métamorphoses des autres produits, tels que narcotine, etc., tandis que les cellules renfermeraient encore les produits susceptibles de transformations ultérieures.

Cette remarque, envisagée ainsi, doit intéresser ceux qui s'occupent de physiologie végétale, car elle fait entrevoir qu'en recueillant des sucs à diverses époques de végétation, on obtiendra des principes immédiats différens peut-être de ceux que nous connaissons : de sorte que, par cette voie toute analytique, on pourrait assister aux étonnantes et mystérieuses opérations de la nature et la prendre pour ainsi dire sur le fait. Il serait à désirer que les observateurs, qui se trouvent placés convenablement, se livrassent à ces sortes d'expériences qui ne peuvent qu'augmenter le nombre des principes organiques et agrandir rapidement le domaine de la physiologie végétale.

(1) M. le professeur Caventou, dans ses leçons de chimie organique, n'a pas manqué de nous faire l'histoire d'un opium qui devait nous intéresser sous plus d'un rapport.

Réponse de M. Pelletier *à la note de M.* Couerbe.

Les réflexions de M. Conërbe sur mon mémoire ont dû nécessairement aussi m'en faire naître; et d'ailleurs l'attaque nécessite la défense.

D'abord, j'ai remarqué que M. Couërbe, ayant demeuré chez moi en qualité d'élève, et depuis, ayant travaillé dans mon laboratoire comme mon aide et mon collaborateur, a dû recevoir quelquefois ces leçons amicales que mon âge et ma position me permettaient de lui donner; *par pari refertur :* M. Couërbe veut bien me donner des leçons à son tour, c'est une noble manière d'acquitter sa dette. M. Couërbe, au lieu de s'expliquer sur la différence qui existe entre l'*historique* qu'il fait de la découverte de la paramorphine et celui que j'ai donné, se borne à dire qu'il n'a rien oublié et qu'il n'a écrit que la vérité. M. Couërbe supposerait-il que j'ai dit autre chose?... Non, ce qu'il y a à dire sur ce point, c'est que, s'il existait une loi sur la *propriété* en matières scientifiques et littéraires, plus d'un procès s'engagerait et serait soutenu de bonne foi de part et d'autre. Pour moi, j'ai la conscience que j'ai toujours agi avec désintéressement envers mes collaborateurs, et que mon laboratoire a toujours été à leur disposition pour les travaux qu'ils voulaient entreprendre et publier en leur nom.

Abordons maintenant des faits positifs. M. Couërbe me reproche d'avoir conservé le nom de paramorphine à la substance qu'il nomme, ou plutôt qu'il voudrait qu'on nommât la *thébaïne de Couërbe.* Il m'apprend qu'on ne peut donner à cette matière le nom de paramorphine, parce que sa composition est différente de la morphine; mais c'est ici juger la question par la question. Oui, elle a une composition différente d'après l'analyse de M. Couërbe, mais non d'après la mienne, ou du moins, les différences qu'elle m'a présentées sont moindres que celle qu'on trouve entre les différentes analyses de la morphine.

En effet, l'analyse de la paramorphine, comparée à celle de la morphine, présente les rapports suivans :

	Paramorphine.	Morphine (Liebig).
Carbone.	71,310	72,20
Hydrogène.	6,290	6,24
Azote.	4,408	4,92
Oxigène.	17,992	16,66

Il est vrai, M. Conërbe a trouvé 6,385 d'azote, mais, d'une part, pouvais-je connaître les résultats de M. Conërbe, de l'autre, est-il bien certain qu'il y a 6 d'azote, ne peut-il pas se faire que M. Couërbe ait laissé un peu d'acide carbonique dans l'azote? J'insiste sur ce point, parce que dans mes dernières recherches je me suis assuré que l'acide carbonique n'était pas absorbé aussi facilement que je le croyais lorsque je travaillais avec M. Couërbe.

Je ferai remarquer en passant que je n'ai pas donné de formule pour la paramorphine, parce que j'ai pensé qu'il fallait attendre une circonstance qui permît d'étudier mieux encore cette matière, et d'en déterminer la capacité de saturation : le soin qu'a pris M. Couërbe à la calculer me paraît donc un peu superflu. Du reste, si M. Conërbe tient tant à établir une différence entre la composition de la paramorphine ou thébaïne à celle de la morphine, je lui remettrai une analyse de la thébaïne faite par lui, entièrement écrite de sa main, où cette différence est formulée d'une manière encore plus frappante que dans l'analyse qu'il a publiée.

M. Couërbe, poursuivant le cours de ses leçons, m'apprend que AB ne peut être isomérique avec A^2B^2. Je confesse ici toute mon ignorance, j'avais jusqu'ici, me basant sur l'étymologie et sur l'application qu'on avait faite de ce terme isomérie, j'avais cru, avec MM. Thenard, Dumas, qu'AB et A^2B^2 étaient isomériques, comme le sont C^4H^4 (métylène) C^8H^8 (hydrogène bicarboné) $C^{16}H^{16}$ (carbure hydrogène) ; mais il paraît qu'il en est autrement; toutefois, je crains fort que M. Couërbe ne confonde la composition semblable, qui constitue l'isomérie, avec la constitution semblable ; l'hydrogène bicarboné et le carbure d'hydrogène sont isomères, parce qu'ils ont la même composition, mais ils sont cependant différens par leur constitution ; du reste, M. Conërbe le sait bien, mais il veut plusieurs conditions pour l'isomérie, en cela il va trop loin, il n'y aura bientôt plus pour lui d'*isomères* que des corps *identiques*. Passons maintenant à la pseudomorphine.

J'ai donné, non pas la formule $C^{27}H^{36}Az^2O^{14}$, mais la formule $C^{54}H^{36}Az^2O^{14}$; cependant il y aurait mauvaise foi de relever cette différence comme fausse citation, car, selon que l'on prenne avec Berzélius l'atome de carbone = 76,44, ou avec Dumas = 38,26, l'on aura l'une ou l'autre formule ; toutefois, c'eût été à M. Couërbe à faire cette remarque ; soit donc d'après M. Dumas.

	Poids anatomiques.
Oxigène.	100
Carbone.	38,26
Hydrogène.	6.25
Azote.	88,52

Voici maintenant le résultat de l'analyse de la pseudomorphine :

	En centième.	En atome.	Calculé en centième.
Carbone. . . .	52,74	54	53,41
Hydrogène. . .	5,81	36	5,81
Azote. . . .	4.08	2	4,57
Oxigène. . . .	37,37	14	36,19

Maintenant, voyons si je me suis trompé dans le calcul, comme me le reproche M. Couërbe. Pour cela, multiplions le poids de l'atome par le nombre d'atomes indiqué, nous aurons :

Carbone. . .	38,26	+ 54	=	2066.04
Hydrogène. .	6,25	+ 36	=	225.00
Azote. . . .	88.52	+ 2	=	177,04
Oxigène. . .	100,00	+ 14	=	1400,00
				3868,08

Comparons ces nombres à ceux inscrits dans le mémoire ; nous trouverons, il est vrai, qu'il y a une différence, mais dont la rectification saute, pour ainsi dire, aux yeux : on a inscrit dans la copie pour l'azote 117 au lieu de 177. Or il est aisé de voir que $88.52 \times 2 = 177,04$ au lieu de 117. Le total est affecté de la même erreur matérielle : on a inscrit 3809,88 au lieu de 3868,08. Mais il est bien évident que c'est ce nombre 3868,08 que nous avons obtenu, et que c'est sur lui que nous avons opéré pour repasser à l'analyse calculée en centièmes. En effet, nous avons trouvé pour le carbone 53,41, et il est aisé de voir que ce nombre nous sera donné par la proportion

$$3868,08 : 2066,04 :: 100 : x = 53,41$$

Pour l'hydrogène.

$$3868,08 : 225 :: 100 : x = 5,81$$

Pour l'azote.

$$3868,08 : 177,04 :: 100 : x = 4,57$$

Pour l'oxigène.

$$3868,08 : 1400,00 :: 100 : x = 36,19$$

On voit donc que je n'ai pas pris le nombre 58,82 pour le poids de l'atome d'azote comme me le reproche M. Couërbe. Il était curieux cependant de voir par quelle considération la formule de M. Couërbe se trouvait différer de la mienne ; car, bien que quelques dissentimens nous séparent, je me plais à reconnaître l'habileté de ce chimiste dans ce genre de recherches.

Si je prends les nombres obtenus par l'analyse directe de la pseudomorphine, et si je les divise chacun par le poids de l'atome qui y correspond, j'obtiens les nombres fractionnaires suivans : carbone 1,37, hydrogène 0,93, azote 0,046, oxigène 0,370, représentant les rapports des atomes. Pour les représenter par des nombres entiers, j'ai considéré : azote 0.046 comme azote 0,050, et j'ai multiplié tous les nombres fractionnaires par 20. J'ai obtenu les nombres 27,40 18,60 1 7,40; faisant dispa-

raître les fractions, j'ai 27—18—1—7. Mais comme on est dans l'usage de considérer l'azote comme 2 dans les alcaloïdes, j'ai multiplié le tout par 2, et j'ai eu les nombres.

54. 36. 2. 14.

D'où suit la formule :

C^{54} H^{36} Az^2 O^{14} (Berzélius), ou C^{27} H^{36} Az^2 O^{14} (Dumas).

Que paraît avoir fait M. Conërbe.

Il a pris pour l'azote le nombre 0,046, que j'avais donné ; il l'a multiplié par 22 pour avoir une unité d'azote. Il a de même multiplié par 22 les fractions représentant le carbone, l'hydrogène et l'oxigène, et a obtenu les nombres 30,14 20,46 8,14. Faisant disparaître les décimales et multipliant par 2, il a obtenu.

C^{60} H^{40} Az^2 O^{16} B.
C^{30} H^{40} Az^2 O^{16} D.

On voit donc que M. Conërbe a dû tomber sur la formule qu'il indique, parce qu'il a pris rigoureusement le nombre 0,0,46 ; mon seul tort à moi, c'est de n'avoir pas motivé la correction que je faisais subir à ce nombre. Je l'ai faite parce que j'avais quelques raisons de croire l'azote un peu faible, et que d'ailleurs le multiplicateur 20 était plus simple que le multiplicateur 22 : or la simplicité des rapports doit aussi être prise en considération dans ces sortes de calculs.

Du reste, si je n'avais pas agi avec cette bonne foi qui doit être la première qualite du chimiste, j'aurais pu légèrement modifier la quantité d'azote obtenu par la voie directe, ou mieux encore refaire plusieurs analyses, et choisir celle qui m'aurait fourni la formule la plus élégante, une de ces formules qui se prêtent à des métamorphoses qui font tout le charme de quelques mémoires.

Ceci me conduit à dire un mot des considérations d'après lesquelles, en adoptant la formule C^{30} Az^2 H^{40} O^{16}, on peut regarder la pseudomorphine comme formée de 2 particules de carbonate de narcéine ou comme un bicarbonate. Elles sont jolies, mais elles seraient bien autrement importantes si réellement, en enlevant à la pseudomorphine de l'oxigène et du carbone dans les proportions de l'acide carbonique, on en faisait de la narcéine. De même qu'en enlevant de l'oxigène et du carbone de l'acide acétique on en forme de l'acétone. Ce seraient alors des *considérations philosophiques* comme nous en offrent souvent MM. Dumas, Woelher et Liébig, mais hors de là ce sont purs jeux d'esprit.

M. Conërbe ajoute que, *lorsque l'on découvre une matière, si on ne l'envisage que comme matière devant augmenter le catalogue des corps de cette nature, sans réfléchir sur les causes qui lui ont donné naissance, on n'apporte qu'une substance bâtarde et insignifiante.*

Je ne relèverai point ce qu'il y a d'inconvenant dans la réflexion de M. Conërbe. Je ferai seulement remarquer que, s'il est possible de rendre raison de la transformation d'une matière dans une autre pour un très-petit nombre de cas, et pour des matières que nous pouvons produire, il n'en est pas de même de la plupart des principes immédiats, et qu'un grand nombre d'entre eux, bien que ne présentant point de *côté philosophique*, selon l'expression de M. Conërbe, sont d'une telle importance dans les arts et en médecine, qu'il y aurait de l'injustice à leur appliquer l'épithète mal sonnante dont M. Conërbe les qualifie si gratuitement.

Post-scriptum.

M. Conërbe, en corrigeant les épreuves de son article, et après l'impression de ma réplique, a glissé à la page 25, ligne 19, un paragraphe qui n'était pas dans la première copie. Ce paragraphe a pour but de signaler encore plus fort les *incorrections multipliées et si impardonnables* qu'il me reproche. Selon lui, je me serais totalement trompé en prenant pour poids atomique du carbone, ni 76,438 d'après Berzélius, ni 37,66 d'après Dumas. Je réponds à mon tour que si M. Dumas a indiqué le nombre 37,66 dans le premier volume de son Traité de chimie, par suite des progrès de la science il a cru devoir adopter plus tard le nombre 38,26. M. Conerbe peut le voir en ouvrant le tome 5me page 54, du Traité de chimie; maintenant, si M. Conërbe le savait, où est sa bonne foi? s'il l'ignorait, où en est son érudition ?

J'ai cru devoir répondre à une première attaque de M. Conërbe, mais cette réponse sera aussi la dernière. Je le prie de se tenir pour averti que je puis mais ne veux plus faire de polémique. La polémique n'entre ni dans mes goûts ni dans mes habitudes, et je crois qu'il y a d'autres moyens de faire faire des progrès à la science.

Recherches de chimie pathologique ; par A. Bouchardat, agrégé à la Faculté de Médecine, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Introduction. — L'anatomie pathologique n'a pas éclairé le diagnostic et le traitement des maladies autant qu'on l'avait primitivement espéré, autant que pourrait le faire penser l'immensité des travaux dont elle a été l'objet. Il est aujourd'hui constant qu'en exagérant l'importance de certaines altérations physiques des solides, on est sorti de la voie de la vérité. La cause la plus essentielle des erreurs de l'anatomie pathologique, c'est que les observateurs, même les plus habiles, en ne décrivant que ce que le scalpel leur montrait, ont cru que tout était là, et ont attribué à ces altérations une importance exagérée. Il est si naturel à l'esprit humain de généraliser ce qu'il sait, d'en déduire des conséquences, sans s'inquiéter si des faits inconnus ne doivent pas faire crouler l'édifice qu'il a péniblement élevé. A côté de ces altérations physiques palpables aux yeux que l'on découvre dans l'amphithéâtre, il est aussi des altérations

que l'on ne peut apprécier par la simple vue, que les procédés chimiques les plus délicats peuvent seuls dévoiler.

Les solidistes avaient beau jeu quand il s'est agi de détruire l'édifice antique des humoristes, car eux au moins avaient pour soutenir leurs théories des altérations physiques palpables, évidentes et nettement démontrées. Les hypothèses des humoristes n'étaient basées que sur des considérations qu'une saine physiologie a démontré être plus erronées les unes que les autres; mais si l'école de Bichat s'est montrée victorieuse quand il s'est agi de détruire, elle n'a pas conservé le même bonheur quand il a fallu constituer : quelques années d'un entraînement universel ont fait place à un scepticisme presque général.

Il y a autre chose dans les maladies que les altérations des solides : les altérations des liquides n'ont ni moins d'importance, ni moins de généralité. L'anatomie pathologique est arrivée à un point où elle ne peut plus se passer des secours continuels de la chimie.

Mais ces recherches sont entourées de difficultés innombrables, sans compter le dégoût qui les accompagne. Il ne faut que quelques heures pour prendre note des altérations physiques, et il faut des semaines pour faire une analyse complète d'un seul liquide. L'apparence normale des tissus est bien appréciée physiquement, et l'histoire chimique des liquides laisse encore tant de choses à désirer, qu'on manque souvent de point de comparaison précis. Je voulais réunir un grand nombre de documens de chimie pathologique avant de rien publier; mais le temps s'écoule si rapidement, le sujet est si difficile, que plus j'ai fait, plus je vois de difficultés surgir. Je publie ces fragmens dans l'espérance qu'ils serviront à l'édifice général.

Analyse d'une urine verte. — M. le professeur Chomel me fit remettre une urine remarquable par l'intensité de sa couleur verte; elle avait été rendue par un homme de quarante ans atteint d'une hépatite aiguë. Cette maladie eut une marche rapide : quatre jours à peine amenèrent une terminaison fatale. Le peu de connaissances solides que l'on possède sur les maladies variées de l'appareil sécréteur de la bile me firent un devoir d'examiner cette urine avec le plus grand soin. Aucun obstacle ne s'opposait à la libre sortie de la bile; la vésicule biliaire était remplie de bile normale, et tous les conduits biliaires étaient parfaitement libres; le foie n'était point augmenté de volume; sa consistance était un peu diminuée; sa surface était comme graisseuse; la couleur de son parenchyme n'était point telle qu'on la rencontre dans un foie normal : elle était un peu plus foncée; mais aucune altération physique qui puisse expliquer cette mort rapide, que l'état normal des autres organes faisait nécessairement rapporter à l'organe sécréteur de la bile. L'urine examinée était légèrement alcaline. Elle avait formé par le refroidissement un léger dépôt verdâtre. Sa densité était très-considérable; elle était de 1,057, ce qui dépasse le terme ordinaire de la densité de l'urine dans les maladies. Elle donnait un précipité jaune verdâtre avec le sulfate de protoxide de fer, et un précipité verdâtre avec le protochlorure d'étain et le deutochlorure de mercure, un précipité vert brunâtre avec l'acétate de plomb neutre, et vert sale avec l'acétate de cuivre. En mélangeant peu à peu une petite portion de cette urine avec une once d'acide nitrique, on observa la réaction caractéristique de la matière colorante de la bile. La liqueur de verte devint successivement bleue, violette, puis rouge, puis enfin elle prit une couleur jaune pâle.

La plus grande portion de cette urine fut évaporée lentement au bain-marie jusqu'à consistance sirupeuse; elle exhalait pendant l'évaporation une odeur particulière, désagréable, rappelant à la fois celle de la bile et de l'urine.

Le produit de l'évaporation était très-considérable par rapport à la petite proportion d'urine : 100 grammes fournirent 5,47 d'extrait. Ce produit desséché fut traité par de l'éther sulfurique à deux reprises; ce dissolvant sépara de l'urée, qui cristallisa régulièrement au milieu d'une petite proportion d'une matière extractive brune mélangée de lactate d'ammoniaque. Le résidu insoluble dans l'éther fut traité par de l'alcool à 0,833. jusqu'à ce que ce menstrue n'enlevât plus rien du résidu. On obtint une dissolution A et un résidu B. La dissolution fut d'abord étendue d'eau distillée. Il se manifesta un précipité vert brunâtre. Ce précipité étant séparé par décantation, je reconnus qu'il avait tous les caractères assignés par Gmelin à la résine biliaire. La dissolution fut ensuite évaporée doucement, puis reprise par l'alcool anhydre. La dissolution évaporée donna un extrait brunâtre peu abondant. La saveur forte, sucrée, qui persistait longtemps dans la bouche mêlée d'amertume, démontrait dans cet extrait la présence du sucre biliaire (picromel); mais ce sucre était mélangé de matière extractive de l'urine non caractérisée, de lactate ou d'acétate d'ammoniaque. La portion de l'extrait obtenue par l'alcool à 0,833 qui ne se dissout pas dans l'alcool anhydre, est encore un mélange d'extrait de l'urine non caractérisée. Ce produit étant incinéré, on reconnut dans les cendres du chlorure de sodium, du carbonate de soude et de chaux, provenant de la décomposition des lactates.

B, *résidu insoluble dans l'alcool à* 0.833.—Après qu'il eut été épuisé par l'alcool, on le fit dissoudre dans une petite quantité d'eau distillée. Ce dissolvant laissa un précipité léger, formé d'urate d'ammoniaque et de soude, de phosphate terreux mêlé de mucus, et retenant un peu de matière colorante verte. La solution aqueuse filtrée fut ensuite précipitée par l'acétate neutre de plomb: le précipité était très-abondant: la liqueur était presque complétement décolorée; elle ne conservait plus sa couleur verte, et n'avait plus qu'une très-légère teinte ambrée. Le précipité brun était devenu de plus en plus brunâtre par la dessiccation. Ce précipité, réduit en poudre, fut mêlé avec de l'eau, traité par l'hydrogène sulfuré en excès. L'eau évaporée ne contenait que des traces de sucre biliaire, de résine biliaire et de matière colorante. Le sulfure de plomb retenait au contraire une quantité très-notable de matière colo-

rante, du sucre biliaire, et une matière qui présentait la plus grande analogie avec l'albumine altérée : il retenait aussi des acides phosphorique, urique et sulfurique, dont la présence a été indiquée dans une autre opération par les réactifs connus de ces acides.

La liqueur, qui ne précipitait plus par l'addition de l'acétate neutre de plomb, fut additionnée de sous-acétate de la même base. Il se forma un très-léger précipité faiblement ambré, qui contenait une combinaison d'oxide de plomb avec la matière extractive de l'urine insoluble dans l'alcool. Il contenait une faible proportion de résine biliaire ; mais nous n'avons pu y découvrir aucune trace de *taurine*. Le liquide, qui n'a point précipité par le sous-acétate de plomb, a été privé de son oxide de plomb par l'hydrogène sulfuré ; le liquide limpide étant évaporé a encore fourni quelques traces de cette matière extractive de l'urine qui n'a point de caractères bien précis connus, et qui ressemble plus au principe connu sous le nom d'osmazone qu'à autre chose.

Si maintenant nous revenons sur les résultats généraux de cette analyse, et si nous comparons les principes qui la composent avec ceux qui fournissent ordinairement la bile et l'urine, nous noterons des faits assez importans. Malgré la présence des principaux élémens de la bile, nous avons trouvé dans cette urine tous les principes organiques et inorganiques de l'urine normale. Si nous considérons les principes qui ont été signalés dans la bile par Gmelin, et qui ne se retrouvent point dans cette urine, nous rencontrons, 1°-la cholestérine, les acides oléique, margarique, et leurs combinaisons avec les bases. Ainsi voilà un fait parfaitement établi, le rein n'a pas séparé du sang tous les principes immédiats de la bile ; les corps gras de cette humeur ne se retrouvent point dans l'urine. Nous remarquerons également que, malgré tous nos soins, nous n'avons pu retouver ni l'acide cholique, ni les cholates, ni la taurine, signalés par Gmelin, dans la bile. Quant à cette dernière substance, il faut dire que Frommherz et Gugert ne l'ont point trouvée dans la bile humaine. Arrivons maintenant aux principes immédiats de la bile qui se sont retrouvés dans l'urine examinée, nous y rencontrons la matière odorante particulière de la bile, la résine et le sucre biliaire, l'extrait de viande, l'albumine et la plupart des sels de la bile, si l'on en excepte les sels des acides gras.

Il est une matière de la bile que nous avons retrouvée dans cette urine, sur laquelle nous croyons utile de nous arrêter quelques instans : c'est la matière colorante. Nous remarquerons d'abord que cette substance ne présentait pas d'une manière complète les caractères assignés par les chimistes à ce principe. Elle fournit bien avec la potasse une dissolution brune verdâtre, présentant, avec l'acide nitrique, les réactions caractéristiques ; mais elle était beaucoup plus soluble dans l'eau, et ne fournissait rien à l'alcool ; sa couleur, qui, au lieu d'être jaune verdâtre était vert pré, doit attirer notre attention. On pense, il est vrai, que les changemens de jaune en brun et en vert, qui arrivent souvent dans la bile, paraissent tenir à l'oxidation de la matière colorante qui passe du jaune au vert, et devient par-là plus soluble dans l'alcali. L'altération de la matière colorante examinée peut bien tenir en effet à l'oxidation sous l'influence de l'oxigène et de l'ammoniaque. Nous croyons devoir noter un fait important dans le pronostic des maladies de l'appareil sécréteur de la bile ; c'est que toutes les fois que cette altération de la matière colorante de la bile est remarquée chez l'homme dans une maladie aiguë, le pronostic est grave, et la terminaison de la maladie est souvent funeste. A quoi cela tient-il ? Y a-t-il moyen d'y porter remède ? Voilà des questions que l'avenir résoudra.

Si nous considérons maintenant ce cas intéressant de pathologie sous le point de vue physiologique, nous voyons que là où il ne se trouvait aucun obstacle à la libre sortie de la bile dans les conduits biliaires, les principaux élémens de la bile ont été séparés du sang par le rein. Conséquemment, ces principes de la bile ne sont pas formés dans le foie, mais séparés du sang par cet organe, qui, dans l'exemple cité, se trouvant frappé d'une maladie grave, n'a pas effectué ses fonctions d'élimination. On comprend quelle importance nous attachons à ce fait, qu'il n'y avait aucun obstacle à la libre sortie de la bile ; car, si cela n'était pas constant, on pourrait dire que la bile a reflué dans le sang. Mais cette objection, dans l'exemple cité, ne peut être faite.

Recherches sur la composition des liquides dans la péritonite puerpérale.

Parmi les maladies qui ont donné lieu aux discussions les plus vives entre les médecins partisans des altérations primitives des humeurs et les médecins solidistes, il n'en est pas où on puisse espérer résoudre la question plus nettement que pour la péritonite puerpérale. Il est peu de maladies aussi cruelles. D'après Dugès, Delaroche et J.-L. Baudeloque, elle fait périr les quatre cinquièmes des femmes qui meurent en couches. C'est surtout lorsqu'elle se montre d'une manière épidémique qu'elle est le plus étonnamment meurtrière. On voit, sur les tableaux de Baudeloque, qu'au mois de ventôse an 8, sur trente-neuf femmes atteintes de la fièvre ou péritonite puerpérale, trente-six sont mortes, et beaucoup de relevés s'accordent avec celui-là.

La péritonite puerpérale a toujours subi le joug des doctrines médicales régnantes. On trouve, dans l'exposé de son histoire et de son traitement, que l'humorisme le plus extrême a fait place au solidisme le plus outré. Il y a cinquante ans, on ne voyait en France, dans les maladies des femmes en couches, que désordres occasionnés par la présence du lait dans les humeurs. Depuis lors on n'a vu qu'inflammation, phlegmasie analogue aux inflammations par causes externes. Il est très-important pour le traitement de cette maladie d'être irrévocablement fixé à cet égard.

L'analyse des principaux liquides, que l'on rencontre constamment dans cette maladie, devient indispensa-

ble. M. Dechamps, interne à la Maternité, qui a fait de très-belles recherches sur cette maladie, m'a fourni presque tous les liquides qui ont servi à ces analyses.

Le péritoine renferme dans sa cavité, chez les femmes qui ont succombé à la péritonite puerpérale, une quantité considérable d'un liquide, tantôt clair, d'un jaune citron ou verdâtre, tantôt opalin. Au milieu du liquide nagent des flocons plus ou moins abondans de matière que l'on a cru alternativement être albumineuse, fibrineuse, caséeuse. Pendant longtemps on a cru que ce liquide n'était autre chose que du lait qui, en se portant sur le péritoine, y causait tous les accidens connus. La ressemblance physique apparente des flocons avec le caséum, et des liquides avec le petit-lait, avait suffi pour accréditer cette opinion, que Bichat, Laënnec, Bayle, ont montrée être peu fondée. Dupuytren en a fait une analyse très-superficielle qui fut contraire à la théorie des métastases laiteuses; Deserin, Gasc, Pearson, Jacquier, etc., arrivèrent ainsi à des résultats négatifs. A.-C. Baudeloque rapporte également que la matière des épanchemens séreux a été de nouveau analysée par J. Davy et par Lassaigne, et que ces habiles chimistes ont trouvé que la partie liquide avait la plus grande analogie avec le sérum du sang, et qu'ils ont vu que la partie solide n'était autre chose que de la fibrine avec une très petite proportion d'albumine. Mais, dans les analyses de ces chimistes, il ne s'agissait point des liquides de la péritonite puerpérale. La question demande donc à être examinée. J'ajouterai seulement que les praticiens sont convaincus que la matière de l'épanchement, dans le cours de la péritonite puerpérale, jouit de propriétés délétères, et qu'il est très-dangereux de mettre ce liquide en contact avec la peau privée de son épiderme.

Les matières rendues par les vomissemens et par les diarrhées, quand la maladie est épidémique, sont aussi fort remarquables. On a noté l'extrême fétidité des matières évacuées; ce qui attache à ces recherches un grand dégoût. Ces matières jaunes, bilieuses au début, deviennent quelquefois séreuses et le plus souvent verdâtres. Nous avons examiné la matière verdâtre contenue dans l'estomac.

1° *Examen des matières contenues dans le péritoine.*

Nous avons séparé le liquide des flocons par filtration. Le liquide obtenu était transparent, presque incolore; sa densité était de 1,017. L'acide nitrique le précipite très-abondamment. Le bichlorure de mercure y produit une coagulation instantanée. L'alcool rectifié le coagule également. La chaleur produit également la coagulation de ce liquide. Les flocons commencent à se former à la température de 46°. Le liquide filtré fut évaporé très-lentement au bain-marie. Le produit fut repris par de l'alcool rectifié. Les colatures alcooliques réunies fournirent un produit composé de lactate de soude et d'ammoniaque mélangé d'extrait alcoolique, ayant une odeur particulière infecte. La quantité de cet extrait est assez abondante; sa solution dans l'eau précipite par les acides. Il paraît contenir une combinaison d'une matière organique (*caséum albumine?*) avec la chaux et l'ammoniaque. On examina ensuite les flocons restés sur le filtre. Ils furent traités à froid par de l'éther à plusieurs reprises. Les teintures furent évaporées spontanément; elles laissèrent des plaques d'un corps gras qui, aux caractères suivans, ne pourrait être méconnu pour du beurre. Il a une couleur légèrement jaunâtre. Il fond à 32°; se saponifie complétement sous l'influence de l'hydrate de potasse, avec production d'acides gras fixes et d'acides gras volatils qui se forment par la saponification du beurre (1).

L'incinération d'une partie du résidu floconneux, insoluble dans l'éther, a donné pour produit des cendres volumineuses formées en grande partie de phosphate de chaux. Il restait à décider d'une manière précise les questions suivantes : le liquide filtré contient-il de l'albumine ou du caséum soluble; les flocons insolubles sont-ils de l'albumine coagulée, de la fibrine ou du caséum? On sait que dans l'état de la science il est bien difficile de répondre à cette question de manière à lever toutes les objections.

La coagulation du liquide filtré, à la température de 40°, indique que nous avons affaire à de l'albumine soluble. Mais le lait lui-même, lorsqu'il est en contact avec la pressure, peut se coaguler à 40°, et peut-on répondre que ce liquide du péritoine ne se trouve pas dans des conditions semblables?

La portion coagulée du liquide par une température de 40°, où les flocons, naturellement déposés, se dissolvent bien dans une solution légère de potasse caustique; par une température de 60°, ils se convertissent

---

(1) La chimie animale est encore si peu avancée, et les principes immédiats qu'elle compte dans son domaine sont encore si vaguement caractérisés pour la plupart, que, lorsqu'on veut faire l'application de cette science à des recherches pathologiques, il est nécessaire de multiplier les épreuves et de préciser les moindres observations, sous peine de laisser du doute dans les esprits, et de voir encore remettre en litige les questions que l'on pensait avoir définitivement résolues.

M. Bouchardat s'est proposé ici d'établir d'une manière évidente que les altérations des liquides jouaient le plus grand rôle dans la fièvre puerpérale, et que la théorie des métastases laiteuses, tour à tour défendue et repoussée par des hommes éminens dans la science, était décidément vraie dans certaines limites.

Cette manière de voir est en effet très-vraisemblable, et paraît être la conséquence de son mémoire; mais nous aurions aimé qu'une question aussi grave fût traitée avec plus de détails et de précision dans les expériences.

Ainsi, par exemple, lorsque M. Bouchardat, voulant prouver l'existence du beurre dans les liquides du péritoine, se borne à dire *qu'il a obtenu une graisse jaunâtre fusible à 32° et complétement saponifiable avec production des acides gras, fixes et volatils, qui se forment ordinairement pendant la saponification du beurre*, nous regrettons qu'il ne nous indique point à quels caractères il a reconnu ces acides gras, fixes et volatils, et surtout par quels procédés il a pu isoler l'acide butyrique dont la proportion est si faible dans le beurre, et qui ne peut en être isolé que par des opérations délicates et compliquées.

peu à peu en gelée en absorbant le liquide. Au commencement de l'expérience il y a un notable dégagement d'ammoniaque ; avec le liquide coagulé la dissolution est transparente avec les flocons non privés de beurre par l'éther, la solution ressemble pour l'aspect à du lait. J'ai saturé la solution alcaline avec de l'acide hydrochlorique faible, il se dégage une odeur d'acide hydrosulfurique très-sensible, il se forme un précipité abondant, l'acide acétique forme également un précipité abondant, et dans le liquide filtré, et dans la solution alcaline. Ce précipité se redissout bien par l'acide acétique, mais il en exige pour cela beaucoup plus que l'albumine et la fibrine.

Si on verse dans le liquide filtré des acides sulfurique, ou hydrochlorique ou nitrique, le liquide est abondamment coagulé, il se forme un coagulum blanc très-dur.

Ce caractère convient à l'albumine et la fibrine, et ne s'applique point au caséum du lait de femme, qui ordinairement n'est point coagulé par les acides. De l'acide hydrochlorique étant versé sur les flocons desséchés et privés de beurre par l'éther, ils se sont gonflés en peu d'instans, et ont pris la forme d'une gelée, qui se résout peu à peu un en liquide d'un beau bleu. Le liquide acide blanc étant étendu d'eau, il s'y forme un précipité blanc, qui était une combinaison de la matière organique avec l'acide chlorhydrique. La liqueur conserve sa couleur bleue. L'acide étant saturé par l'ammoniaque, la couleur disparaît et la liqueur se colore en jaune.

On a objecté, à ceux qui prétendaient que le liquide de la péritonite puerpérale contenait les élémens du lait, que des liquides semblables, contenant des flocons blancs, se remarquaient chez les filles atteintes de péritonite avant la grossesse et chez les hommes. Convaincu que cette objection nous serait adressée, nous avons cherché à la devancer. Nous avons recherché avec beaucoup de soins les élémens du lait dans le liquide, et les flocons blancs trouvés dans le péritoine de l'abbé Noir, prévenu d'avril, qui a succombé à l'Hôtel-Dieu, et nous n'y avons trouvé aucune trace des corps gras qui caractérisent le beurre ; l'aspect physique est bien analogue, mais la différence chimique est complète.

Des faits relatés ci-dessus, on doit nécessairement conclure que la matière organique, composant les flocons privés de beurre ou en dissolution dans le liquide coagulé du péritoine, ne présente les caractères distinctifs d'une manière bien précise ni du caséum, ni de l'albumine, ni de la fibrine, mais aussi il n'existe aucune raison valable pour dire que c'est l'un plutôt que l'autre. Si, d'un autre côté, on considère que la putréfaction survenue après la mort, que l'altération qui suit les progrès de la maladie ont pu modifier les propriétés distinctives de cette substance organique ; si on remarque la coexistence du beurre, corps gras, qui ne se trouve que dans le lait des femelles des mammifères, du phosphate de chaux, qui accompagne toujours le caséum en proportion considérable ; on devra nécessairement conclure que le liquide contenu dans le péritoine des femmes qui ont succombé à la péritonite puerpérale, contient les élémens essentiels du lait.

M. Dechamps a mis aussi depuis à ma disposition du sang, provenant d'une saignée faite à une femme atteinte de péritonite puerpérale, et j'ai en vain recherché les principes particuliers du lait.

Depuis la rédaction de ce qui précède, nous avons eu à notre disposition une masse considérable de liquides, et nous y avons recherché avec le plus grand soin le sucre de lait, et nous avons toujours obtenu des résultats négatifs ; mais, selon les observations de Meggenhofen, le lait de femme contient beaucoup moins de sucre de lait que celui de vache. Je dois dire aussi que je n'ai pas pu en extraire du lait d'une femme nouvellement accouchée. Ainsi l'absence de ce principe n'a pas l'importance qu'on aurait pu lui donner.

Analyse du liquide vert. Ce liquide est visqueux, verdâtre ; la filtration en sépare une faible proportion de mucus, mélangé de matière verte. Le liquide filtré a une réaction alcaline ; il précipite par la solution de bichlorure de mercure, par l'acide nitrique il donne aussi un précipité brunâtre. L'alcool restifié détermine également la formation d'un précipité. L'ébullition détermine également la coagulation d'une matière qu'on ne peut méconnaître pour de l'albumine.

La proportion des matières fixes de ce liquide est plus grande que dans le suc gastrique ordinaire. Gmelin a trouvé dans ce dernier au plus 0,02 de matière solide, et je n'en ai pas moins trouvé de 0,05 dans le liquide examiné. On a fait évaporer à une douce chaleur le liquide de l'estomac ; filtré, on a obtenu un produit visqueux, gluant, verdâtre, qu'on a traité par de l'éther sulfurique. Ce menstrue n'a enlevé à ce produit que des traces presque insignifiantes de matières grasses, que son point de fusion élevé a indiqué être de la cholestérine en plus grande partie ; mais la faible quantité n'a permis ni de séparer ces corps gras, ni d'obtenir sur leur vraie nature une certitude complète. Ils étaient colorés légèrement en brun. On a épuisé par de l'alcool à 0,833 le résidu qui ne fournissait plus rien à l'éther ; les colatures alcooliques étant réunies ont fourni par évaporation un produit extractif, incristallisable, vert-brun, peu abondant, incomplétement soluble dans l'eau. Ce produit m'a semblé contenir de la résine et du sucre biliaire, une matière extractive, analogue à l'extrait de viande, des hydrochlorates de soude et d'ammoniaque, des lactates de la même base. On a ensuite redissous dans l'eau le résidu épuisé par l'alcool et l'éther, il est resté indissous une petite proportion de mucus coloré en vert et d'albumine coagulée, le liquide limpide a précipité complétement par l'acétate neutre de plomb, la liqueur verdâtre est complétement décolorée, le précipité est d'une couleur verte brunâtre. Ce précipité était composé d'oxide de plomb, uni avec le sucre, la résine biliaire et la matière colorante verte. Il restait encore une matière ani-

male, analogue à de l'albumine altérée, une portion calcinée laissa pour résidu du sulfate et du chlorure de plomb. Le liquide, qui n'avait point été précipité par le sous-acétate de plomb, ne retenait que des traces de matière extractive.

Si nous comparons ce liquide au suc gastrique ordinaire, nous remarquons que ce dernier est acide, que le liquide examiné est au contraire alcalin et contient de l'albumine. Le suc gastrique, selon Gmelin, n'en contient pas.

Ces différences notables sont en faveur de l'opinion des physiologistes, qui pensent que le liquide acide qui arrive dans l'estomac quand cet organe est rempli de nourriture, est fourni par des conduits sécréteurs particuliers qui n'en fournissent point pendant les maladies de ce viscère. Le liquide examiné contient en outre les élémens essentiels de la bile, il y a un reflux de ce liquide dans l'estomac.

Ainsi (1), si nous résumons l'analyse du liquide vert contenu dans l'estomac, nous y trouvons, 1° de la cholestérine et probablement des acides gras; 2° du mucus; 3° de l'albumine; 4° de la matière extractive de la viande; 5° de la résine de la bile; 6° du sucre biliaire; 7° de la matière colorante de la bile, présentant cette modification d'altération en vert, dont je parle d'une manière plus étendue à l'analyse d'une urine verte (*voyez* plus haut); 8° hydrochlorate d'ammoniaque et de soude, lactate d'ammoniaque.

Conclusion. Il ressort d'une manière évidente des faits exposés que les altérations des liquides jouent le plus grand rôle dans la fièvre puerpérale, qu'il est extrêmement probable que c'est là le point fondamental de la maladie.

Il en résulte également que la théorie des métastases laiteuses, dans de certaines limites, est vraie comme l'avaient avancé les anciens.

On comprend aussi sans peine que si des évacuations sanguines modérées peuvent être utiles dans certains cas, les saignées, faites avec exagération, sont pernicieuses. On s'expliquera aussi les heureux résultats des sudorifiques administrés convenablement, mais surtout les bons effets obtenus par l'administration de l'ipécacuanha dès le début.

(1) Plus loin aussi, en analysant le liquide vert contenu dans l'estomac, M. Bouchardat n'a obtenu *que des traces presque insignifiantes de matières grasses*, à laquelle il a seulement reconnu un point de fusion élevé, et cependant lorsqu'il présente le résumé de son analyse, on voit figurer parmi ses produits *la cholestérine;* sans doute les autres matières caractéristiques de la bile qui accompagnent cette graisse peuvent donner à penser que, si M. Bouchardat n'a pas isolé la cholestérine, cela dépend de sa faible quantité; mais ce n'est qu'une présomption, ce n'est pas un fait, et il aurait mieux valu n'exprimer qu'une simple présomption. (*Note du Rédacteur.*)

EXTRAIT DU PROCÈS VERBAL

De la séance de la Société de Pharmacie, 2 décembre 1835.

PRÉSIDENCE DE M. REYMOND.

M. Robiquet communique l'extrait d'une lettre qu'il a reçue de M. Christison d'Edimbourg, au sujet de la *conéine.*

La Société reçoit un n° des Annales de pharmacie de M. Geiger;

Le n° de novembre du Journal de pharmacie;

Plusieurs numéros du Journal de santé.

M. Bussy rend un compte verbal de ce que les séances de l'Académie des sciences ont offert de plus intéressant relativement aux connaissances pharmaceutiques.

M. Boutron annonce la maladie de M. Hernandez. Une commission est chargée d'aller visiter cet honorable membre au nom de la Société.

L'ordre du jour indique le renouvellement des membres du bureau.

M. Dizé est nommé vice-président, en remplacement de M. Bussy, qui passe à la présidence.

M. Félix Boudet est nommé secrétaire en remplacement de M. Cap, dont les fonctions sont expirées.

MM. Desrones et Planche sont chargés d'examiner les comptes de M. le trésorier.

MM. Pelouze, Soubeiran, Henry, Guibourt et Vallet sont nommés membres de la commission des prix.

M. Vallet lit un rapport sur les principaux mémoires contenus dans les journaux allemands, entre autres sur celui de M. Buchner fils, relatif à l'acide kinovique.

M. Henry lit un rapport sur le mémoire de M. André, pharmacien à Metz, ayant pour objet l'action du chlore sur la quinquine, et l'application des faits qui en résultent à une nouvelle méthode pour les quinquinas.

Une discussion, à laquelle prennent part MM. Pelletier, Bussy, Robiquet, Chevallier, Guibourt, Dubail et F. Boudet, s'engage à l'occasion de ce mémoire. M. Pelletier annonce qu'il a entrepris depuis longtemps un travail sur l'action du chlore, du brôme et de l'iode sur les alcaloïdes. M. Bussy déclare qu'il s'occupe aussi du même sujet.

Le mémoire de M. André et un extrait du rapport de M. Henry seront publiés dans le Journal de Pharmacie.

MM. Bussy et Vallet font un rapport au sujet des titres et des travaux de M. Buchner fils. On passe au scrutin pour l'élection de ce chimiste, qui est nommé correspondant à l'unanimité. P.-A. C.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Cas particuliers de chirurgie pratique, par T. F. Palmer.

Cas I. — *Irritabilité du moignon, suite d'étranglement du nerf péronier par la cicatrice. Gonflement tuberculeux de l'extrémité de ce nerf.*

W. L., âgé de 52 ans, subit l'amputation d'une jambe dont la partie inférieure avait été écrasée, le 23 novembre 1832. L'opération avait été pratiquée à la distance ordinaire au-dessous du genou. Neuf mois environ après l'opération, le malade commença à éprouver dans les muscles du moignon des contractions et des spasmes qui, peu à peu, devinrent plus violens. Supposant qu'une portion de l'os du péroné qui offrait une proéminence sensible était la cause de l'irritation, le même chirurgien qui avait fait l'amputation procéda aussitôt à l'enlèvement de cette portion d'os. L'opération ne produisit cependant aucun soulagement; les symptômes augmentèrent au point de rendre la vie à charge au patient; les douleurs étaient si atroces et si continues qu'il ne pouvait goûter un instant de repos. Lorsqu'il me consulta, les muscles du moignon et de la cuisse étaient sans cesse agités par les contractions musculaires les plus violentes, suivies de douleurs spasmodiques. En examinant la cicatrice avec grand soin, je trouvai à sa partie inférieure une très-petite saillie papillaire, qui, vu son extrême sensibilité, ne pouvait être autre chose que l'extrémité du nerf divisé, et je n'hésitai pas un instant à conseiller au malade l'excision de ce tubercule comme moyen unique de se débarrasser des douleurs atroces auxquelles il était en proie. Il y consentit et je fis l'extirpation de l'extrémité du nerf après l'avoir isolé dans l'étendue d'environ un demi-pouce : le tronc du nerf avait acquis à peu près le double de sa grosseur naturelle et se terminait par une extrémité en forme de bulbe, qui était presque deux fois plus large que le nerf lui-même. Le soulagement qui a suivi cette opération est immense; cependant la guérison n'est pas parfaite, car le moignon est encore, par intervalles, sujet à de légères contractions spasmodiques et le nerf est hypertrophié et sensible dans la longueur de deux pouces au-dessus de la cicatrice. Je regrette de ne pas avoir enlevé une plus grande portion du nerf et empêché par là qu'il ne fût compris dans la nouvelle cicatrice.

Cas II. — *Hématurie; évacuation de cinq pintes de liquide sanguinolent de la vessie.*

On m'appela le 5 octobre pour le nommé D. F., âgé de 45 ans, qu'on disait atteint d'une rétention d'urine. En entrant dans sa chambre je fus frappé de l'air d'angoisse et de désespoir peint sur la figure du malade et qui semblait indiquer une maladie d'une nature très-sérieuse. On me raconta que, dans la matinée du jour précédent et sans aucune cause connue, le malade avait été pris d'une irritation de l'urètre et de strangurie, qui, quelques heures plus tard, se transforma en rétention d'urine complète. Le malade se trouvait dans cet état depuis plus de vingt-six heures; la vessie distendue formait saillie jusqu'au-dessus du nombril et faisait distinctement reconnaître la fluctuation. J'introduisis aussitôt une sonde, et j'obtins cinq pintes d'une matière sanguinolente, épaisse et de fort mauvaise nature : elle offrait à peu près une consistance analogue à celle du fluide évacué dans l'hydropisie de l'ovaire et qui, examinée par les réactifs, ne se montrait ni acide ni alcaline. J'injectai ensuite à différentes reprises de l'eau tiède dans la vessie jusqu'à ce que cette eau ne se colorât plus en rouge, et j'ordonnai une potion opiacée. Deux jours après, mon malade était parfaitement rétabli. Il n'y avait pas eu de caillots dans le liquide évacué.

Le 25 octobre, trois semaines après l'accident, ce même individu fût pris d'une douleur aiguë dans les reins qui descendait jusqu'aux aînes : il se plaignait en même temps d'un engourdissement de la cuisse gauche, de la rétraction du testicule du même côté et de maux de cœur. Ces symptômes disparurent après avoir duré quatre heures. Dès lors je n'eus plus de doute sur la source de la première attaque et sur la nature de l'hémorrhagie. Tout indiquait l'existence d'un calcul rénal, qui, par l'effet d'une cause quelconque, s'étant déplacé de son siége primitif, avait probablement emporté la membrane muqueuse du bassin rénal et donné ainsi lieu à un épanchement de sang dans la vessie. Le nouveau déplacement, qui s'était effectué le 25, l'avait amené probablement dans l'uretère et expulsé de la vessie.

Le peu d'urine qui se trouvait mêlée au sang épanché s'explique par l'hémorrhagie qui, lorsqu'elle est considérable, donne toujours lieu à une cessation plus ou moins complète des fonctions des reins. Mais j'ignore par quelle raison le sang accumulé dans la vessie ne se prit pas en masse, ou pourquoi n'étant pas coagulé il ne fût pas promptement évacué.

Cas III. — *Epilepsie produite par hypertrophie vénérienne du crâne; guérison par l'opération du trépan.*

J. B, âgée de 35 ans, me consulta le 24 octobre, 1834 Elle se plaignait de maux de tête intenses et périodiques au-dessus de la tempe droite et accompagnés d'une légère éruption de lichen aux bras. Le crâne, siége de la douleur principale, était extrêmement sen-

sible au toucher; on n'y remarquait cependant ni gonflement, ni inflammation. Ayant interrogé cette femme sur les circonstances qui avaient précédé la maladie et avaient pu la déterminer, j'appris que son mari lui avait communiqué la maladie vénérienne et j'en conclus que les symptômes dont elle se plaignait avaient une origine syphilitique.

Je n'ai pas l'intention de fatiguer le lecteur par le récit de toutes les circonstances de ce cas et des différens modes de traitement mis en usage. Il lui suffira de savoir qu'elle n'éprouvât d'aucun d'eux un soulagement permanent. Bien que l'éruption cutanée disparut en quelques semaines, la douleur et la sensibilité de la tête ne faisaient qu'augmenter de jour en jour; enfin, vers le commencement de l'année courante, nous signalâmes chez la malade, l'abolition temporaire de la mémoire, quelques attaques d'idiotisme et finalement des paroxismes épileptiques qui, loin de diminuer avec le temps, devenaient de plus en plus longs et plus fréquens.

En mars j'incisai les tégumens du front jusqu'à l'os; les accès cessèrent pendant six semaines et les douleurs de tête diminuèrent. Mais aussitôt que la plaie se fût fermée, les accès revinrent plus violens que jamais. Dans le but d'établir une suppuration abondante de l'os et de donner libre passage à la matière, j'enlevai toute une portion circulaire de l'aponévrose crânienne. Les accès cessèrent encore pour quelques semaines, mais ne revinrent pas moins après. L'application d'un séton à la nuque procura une troisième fois l'intermission des accès, plus complète que toutes celles qu'on avait obtenues jusqu'alors. Cette intermission ne persista cependant pas non plus.

Vers la mi-septembre, la malade étant à la promenade, fût atteinte d'une hémiplégie totale du côté gauche, sans cependant perdre connaissance et sans éprouver de convulsions. L'hémiplégie fût combattue par les saignées générales et locales; mais dès lors les accès revinrent plus souvent que jamais, de sorte que le 3 et 4 octobre, il n'y avait presque plus d'intervalle entre eux.

Voyant qu'aucun des moyens employés n'avait eu un succès complet et craignant que le haut degré d'excitation du cerveau ne déterminât un épanchement, je résolus d'appliquer le trépan sur l'os frontal. L'opération fut pratiquée le 5 octobre. Je trouvai le crâne plus de deux fois plus épais qu'il ne l'est à l'état normal, et très-adhérent à la dure-mère. Deux heures après l'opération, un violent accès eût lieu et un autre suivit encore le lendemain; ce fût le dernier. La dure-mère s'exfolia en face de l'ouverture pratiquée dans le crâne sans qu'il en résultat de fâcheuses conséquences. Dans ce moment les parties sont cicatrisées et il n'y a plus de hernie du cerveau à craindre. La malade dit être mieux qu'elle n'a été pendant les deux dernières années.

Au moment où j'entrepris l'opération, je m'attendais à trouver de la matière formée entre l'os et la dure-mère, c'est même cette supposition qui me fit conseiller l'opération. Je m'étais trompé; la dure-mère avait formé des adhérences, mais était parfaitement saine. Le soulagement qui est résulté de l'opération, peut être attribué en premier lieu à la cessation de la compression exercée par l'os épaissi du crâne qu'on a enlevé; et secondement à une espèce de contre-irritation produite par la sécrétion purulente de la plaie, qui, peut-être en même temps a contribué à réduire l'os à son épaisseur normale. Je suis cependant loin de considérer cette amélioration comme durable.

HOPITAL St-BARTHOLOMÉE A LONDRES.

Service de M. Macleod.

Cas de danse de Saint-Guy, d'abord traité infructueusement par le carbonate de fer, et guéri par l'arsenic.

Mariane Gilling, âgée de 9 ans, admise à l'hôpital le 2 septembre, est atteinte d'une chorée fort intense. Les mouvemens convulsifs presque continus, agitent les membres thoraciques et pelviens au point qu'ils empêchent l'enfant de marcher. Elle est pâle et semble hors d'haleine; son appétit est nul; les intestins sont paresseux. Quinze jours environ se passent à régulariser l'action des intestins au moyen du calomel, de l'huile de ricin et de l'aloës. La santé générale de l'enfant était meilleure alors; mais les convulsions avaient conservé le même caractère et la même fréquence. On prescrit en conséquence : tinct ferri ammoniat. 3j ter die, ex aquæ pauxillo; un bain de douches chaque matin. Le 16, les symptômes de la chorée persistent. On prescrit : ferri carbon. gr. X ter die. Haustus sennæ al. quoque mane. — Le 18, aucun changement. Ferri carb. gr. XX ter die. Rep. haustus et balneum. Le 22, pas de changement. Ferri carb. ter die. Le 28, pendant quelques jours on avait cru remarquer quelque amélioration; mais la chorée revient avec la même intensité qu'auparavant. Ferri carbon. 3js ter die. Rep. alia. — Le 1er octobre, pas de changement. Ferri carb. 3jj ter die. — Le 5, pas de changement. On cesse alors d'administrer le fer et l'on prescrit. Liq. arsenicalis gtt. jjj; spirit. lavendulæ 3j aquæ 3vjj. M. fiat haustus ter die sumendus. Le 9, on porte la dose à six gouttes trois fois par jour, et l'on observe que l'enfant est décidément moins agitée. On porte le 14, la dose à huit gouttes; l'amélioration est alors si prononcée, qu'on ne croit plus nécessaire d'augmenter la dose de l'arsenic. L'enfant qui, jusqu'ici était restée au lit pour éviter une chute à peu près certaine, se met, le 19, pour la première fois sur son séant. Le 26, elle est parfaitement calme et peut se promener sans aucune difficulté. Peu de jours après, elle sort guérie de l'hôpital.

M. Macleod a déjà observé plusieurs cas qui, ayant résisté au traitement par les ferrugineux, cédèrent facilement à l'arsenic. Peut-être les ferrugineux auraient-ils produit des effets satisfaisans, si l'on en avait continué l'usage plus longtemps. Mais, comme il n'est

jamais résulté de l'emploi de l'arsenic de fâcheuses conséquences; qu'au contraire cette substance opère rapidement la guérison de la maladie, on aurait tort de ne pas y avoir recours. M. Macleod ne considère les purgatifs que comme des remèdes auxiliaires dans cette maladie: ils ne suffisent jamais pour compléter la guérison. Les bains de douches doivent toujours être employés, à moins que des contre-indications directes ne s'y opposent. (*Décembre*, 1835.)

Leçon clinique sur l'extirpation de l'os maxillaire supérieur et d'autres os de la face, donnée à l'hôpital de Westminster à Londres; par M. Guthrie.

Marie Brown, âgée de 46 ans, mère de 14 enfans, est entrée à l'hôpital le 7 juillet 1835, atteinte d'une tumeur à la joue. Elle avait toujours été bien portante avant le développement de cette affection. Ce n'est qu'au mois d'octobre 1834, que les dents de la mâchoire supérieure du côté droit commencèrent à lui faire mal et à s'ébrauler; les gencives se ramollirent et la bouche devint le siége d'une sécrétion fétide. En même temps la mâchoire supérieure commença à se tuméfier. La malade se fit arracher plusieurs dents sans qu'il en résultat pour elle le moindre soulagement, la tumeur continua à s'accroître et les douleurs lancinantes devinrent de plus en plus intenses. La tumeur était dure et résistante et ne laissait pas de doute sur sa nature. Peu de temps après l'entrée de la malade à l'hôpital de Westminster, M. Guthrie avait fait une incision au sommet de la tumeur presque vis-à-vis du trou sous-orbitaire, d'où il pouvait introduire une sonde dans une cavité assez étendue. Cette ouverture devint fistuleuse; l'écoulement ichoreux passa dès lors plus librement par les trous alvéolaires dans la bouche; avalé, il donnait lieu à des nausées et des vomissemens. Les douleurs lancinantes ne laissaient plus de repos à la malade; elle commençait à dépérir rapidement, quand le 24 octobre, M. Guthrie résolut de l'opérer; cette opération fut le sujet d'une leçon clinique que nous allons reproduire :

« Cette opération, dit M. Guthrie, est un des progrès de la chirurgie moderne dont nous sommes principalement redevables à nos voisins les Français. Depuis 16 ans, elle a été pratiquée plusieurs fois par Dupuytren et Gensoul en France, par Stevens et Rogiers en Amérique, et par Lizars, Syme, Earle, Scott et Robert en Angleterre. Mais jamais, je pense, on n'a enlevé à la fois un aussi grand nombre d'os de la face, savoir : l'os maxillaire supérieur, l'os malaire, l'os lacrymal, l'os palatin et le cornet inférieur.

L'antre d'Hygmore et l'os maxillaire supérieur sont sujets à un grand nombre de maladies, dont nous ne pouvons pas nous occuper à présent en détail. Je ne veux vous parler que de trois de ces affections, qui exigent l'opération et qui peuvent être confondues l'une avec l'autre. La première c'est la dégénérescence maligne de cette partie; n'importe qu'elle prenne son point de départ de la membrane muqueuse de l'antre ou du tissu osseux. Dans l'exemple que nous avons devant nous, l'affection semble en effet avoir pris son origine dans l'os qui s'est converti en une substance fibro-cartilagineuse, appelée par *M. Kiernan*, sarcôme albumineux, en même temps que la cavité de l'antre est restée plus ou moins intacte.

On ne doit pas confondre cette affection avec une autre qui semble principalement consister en une hypertrophie des parois osseuses; c'est à cette dernière espèce que se rapporte le cas relaté par M. Gensoul, où l'os avait atteint l'épaisseur d'un pouce et demi. Cette affection est probablement la conséquence d'une inflammation de nature simple et non spécifique, et se guérit par l'enlèvement de la portion antérieure de l'antre. Dans le troisième cas la tumeur est produite par une espèce d'hydropisie du sinus, distendu par le liquide et dont la paroi antérieure s'agrandit et s'amincit graduellement. On évacue la matière ainsi accumulée en pratiquant une ouverture entre les gencives et la joue à travers l'os, à l'aide de la gouge ou d'une paire de forts ciseaux, après quoi la partie revient peu à peu à son état naturel. Il se peut que, dans un pareil cas, la tumeur étant très-large simule tous les caractères d'une affection maligne; mais on la distingue facilement de cette dernière par la facilité avec laquelle elle cède à la pression, et par la crépitation que fait sentir l'os aminci quand on le presse. Enfin, y eut-il encore du doute, l'on devrait faire une ponction, dans le but d'explorer la partie malade, avant de tenter une opération plus sérieuse.

Avant d'entrer dans la description détaillée de l'opération même, tâchons de nous représenter les articulations de l'os maxillaire supérieur et des autres os qu'il fallut enlever. L'os maxillaire est fixé vers le nez par son apophyse nasale; en dedans il s'articule par le bord de sa face orbitaire avec l'os lacrymal et avec l'ethmoïde. En dehors il s'articule solidement par son apophyse malaire, par le bord et la face orbitaire avec l'os malaire. L'os du palais s'articule avec l'os maxillaire supérieur, et avec l'os palatin opposé.

L'artère maxillaire interne était le seul vaisseau important qui pût être divisé; elle pouvait être facilement liée.

La seconde branche de la cinquième paire était le seul tronc nerveux considérable qu'on dut craindre de diviser, mais ce ne pouvait jamais être qu'avec le scalpel et près du bord postérieur de la lame orbitaire de l'os maxillaire supérieur avant l'entrée du nerf dans le canal sous-orbitaire; de manière qu'on évitait ainsi les conséquences funestes qui auraient pu résulter de la déchirure du nerf. Quelques branches de la septième paire, le nerf naso-palatin et les branches palatines inférieures du ganglion de Meckel étaient aussi exposées à être lésés.

La malade étant assise dans une position un peu inclinée en arrière, la tête fixée par un aide, j'enfonçai la pointe du scalpel jusqu'à l'os, un peu au-dessous de

l'insertion du tendon du muscle orbiculaire des paupières et je le portai directement en bas à côté du nez, laissant l'espace nécessaire pour passer une ligature entre l'incision et le bord de l'aile du nez et traversant ainsi la lèvre dans une ligne aussi droite que possible. Une seconde incision fut faite, en dehors de la première, à partir du niveau du bord de l'aile du nez jusqu'au lobe de l'oreille. Au point où elle se terminait commençait une troisième incision perpendiculaire jusqu'au côté de l'orbite, à la distance d'environ un pouce de son bord et au-dessous de sa ligne médiane. Le lambeau formé de cette manière circonscrivait les trois côtés d'un carré, dont le rebord de l'orbite faisait le quatrième côté supérieur. Par la division de la lèvre et la seconde incision transversale il nous fut possible de renverser la partie inférieure de la joue sur la mâchoire inférieure et d'éviter ainsi la lésion du conduit de la glande parotidienne.

La première chose à faire, après ces incisions, était de séparer la tumeur à la partie supérieure de l'os malaire et du bord de l'orbite et de l'isoler de ses attaches à son bord externe. Cela fait j'emportai toute la partie saillante de la tumeur, et arrivé ainsi dans la cavité du sinus, maxillaire même, je montrai que la maladie occupait la totalité de l'os et nécessitait son extirpation.

Toutes les fois que le tissu osseux est enflammé, soit par une phlegmasie simple, spécifique ou maligne, il se ramollit et ses élémens terreux disparaissent; circonstance qui ne facilite pas peu toutes les opérations qu'on est obligé de faire sur les os à cet état et qui nous a aussi été d'un grand avantage dans le cas présent. L'os malaire ayant été compris dans l'altération jusque près de son attache avec l'apophyse angulaire externe de l'os frontal, je le divisai à l'aide de la gouge et du maillet un peu au-dessous de ce point et j'achevai ensuite la division de l'apophyse zygomatique. Un autre coup de la gouge sépara la lame orbitaire de l'os malaire de la lame orbitaire de l'os sphénoïde et passa sous l'œil dans le *foramen lacerum* orbitaire inférieure, détachant ainsi l'os malaire. Relevant ensuite l'œil, et divisant la seconde branche de la cinquième paire des nerfs avant son entrée dans le canal sous-orbitaire et le muscle oblique inférieur de l'œil, je parvins à isoler la tumeur là où elle occupait la lame orbitaire de l'os maxillaire. Ce n'était pas tout.

Il fallait revenir à la ligne de la première incision, séparer l'aile du nez de ses attaches, pénétrer dans la fosse nasale, et diviser à l'aide de la gouge la ligne médiane du palais, où se réunissent par suture les apophyses correspondantes des os maxillaires et palatins. La gouge appliquée alors diagonalement à l'apophyse montante et nasale de l'os maxillaire supérieur de dedans en dehors et en haut, la coupa facilement en deux et passa entre la lame orbitaire de l'os maxillaire et l'*os planum* de l'os ethmoïde. Je portai alors la gouge guidée par mes deux doigts aussi loin en arrière dans l'orbite et au-dessous de l'œil que je pus le faire, et, en pressant avec un peu de force en dehors, toutes les parties détachées commencèrent à céder et je pus enlever le corps de la tumeur après avoir divisé les parties molles du palais et quelques attaches au côté externe de la tubérosité de l'os maxillaire. Restaient encore deux prolongemens dont l'un s'attachait à la tonsille et l'autre au-dessus du corps de l'os sphénoïde. Jusqu'à présent il n'y avait presque pas eu d'hémorrhagie, mais dans ce moment une artère, probablement l'artère ptérigoïde, donna une certaine quantité de sang et retarda un peu l'opération. Pour enlever le prolongement de la tumeur, qui adhérait à la tonsille, je la saisis avec une érigne, la tirai en dedans et la séparai en disséquant avec un scalpel courbé sur le plat, me gardant de faire aucun mouvement irrégulier, qui à cause de la proximité de l'artère carotide pouvait devenir fort dangereux. Une autre portion de la tumeur était attachée à la partie supérieure de l'os sphénoïde; je n'eus pas moins de difficultés d'en séparer la base. C'était le seul point qui me donnât quelque inquiétude et je priai par conséquent mes collègues qui étaient présens à l'opération, de vouloir examiner s'il ne restait plus rien de la tumeur en cet endroit. Ces deux derniers momens de l'opération absorbèrent beaucoup de temps, et si jamais la maladie renaît, ce sera de l'os sphénoïde qu'elle prendra son point de départ. A moins que d'enlever une partie du corps de l'os sphénoïde même, il était impossible d'aller plus avant, et voilà pourquoi je regrette de n'avoir pas pu faire l'opération quelques mois plus tôt: peut-être aurait-elle été plus facile et ces deux dernières attaches ne se seraient-elles pas formées.

La malade fut placée sur un lit et je laissai passer une demi-heure avant de procéder à la réunion des parties externes, faite au moyen de cinq aiguilles à bec-de-lièvre et d'autant de sutures avec le fil de plomb que je tordais au lieu de le lier. J'ôtai les aiguilles le quatrième jour et les fils le jour suivant; toutes les incisions furent réunies. La peau de la partie supérieure de la tumeur, formant la paupière inférieure, était tellement mince que je craignais de ne pouvoir la conserver; j'ai néanmoins maintenant meilleur espoir bien qu'elle soit encore inflammée et d'une forme irrégulière. La paupière supérieure est fortement enflammée et gonflée; mais l'œil est dans un bon état, et la malade voit très-bien quand on soulève la paupière. M. Gensoul dit avoir observé que dans ces cas la moitié de la langue du côté affecté est couverte d'un enduit jaune, en même temps que sa moitié opposée reste nette. Je n'étais pas à même de vérifier ce fait, la malade étant incapable d'ouvrir la bouche ou de pousser la langue. Le pouls donnait avant et après l'opération 120 pulsations. La malade souffre beaucoup moins qu'auparavant, dort généralement bien, prend assez de nourriture, et est enfin aussi bien qu'on peut le désirer. »

M. Guthrie a fait en même temps mention de deux autres cas semblables au précédent. Dans l'un d'eux la tumeur se présentait à l'angle interne de l'œil, et s'étendait dans la cavité nasale. L'extirpation ne semble pas avoir été parfaite et la maladie a reparu trois fois.

Dans un second cas, où la tumeur se bornait à l'os malaire et à la lame orbitaire, M. Guthrie réussit à l'enlever entièrement ; il racla même le périoste et la maladie ne revint plus.

Nerfs de la langue. Expériences qui prouvent que la fonction du goût est distincte de la sensibilité de cet organe.

Dans notre dernier cahier nous avons communiqué à nos lecteurs les expériences du professeur Panizza, faites sur les animaux vivans pour éclairer le point obscur de la physiologie, sur le rôle que jouent, dans les fonctions de la langue, les différens nerfs qui se rendent à cet organe. Nous y ajoutons aujourd'hui comme une sorte de supplément, une observation intéressante rapportée par M. Noble dans le cahier de décembre de la *Gazette Médicale de Londres.*

John Davis, âgé de 35 ans, fût atteint, il y a environ deux ans, d'une paralysie du mouvement et du sentiment qui s'étendait sur toute la moitié gauche de la tête et de la face. Deux ou trois ans avant cette attaque il avait ressenti des douleurs rhumatismales à la tête ; la céphalalgie ne se limitait pas à l'un ou à l'autre hémisphère ; elle a été moins forte dans les derniers temps, et son état paralytique s'est graduellement amélioré depuis. Voici l'état actuel du malade : pas de douleur particulière ; la face, du côté droit, est à peine tirée. Quand le malade pousse la langue, elle dévie à droite comme si la paralysie était dans les muscles du côté qui, jusqu'à présent, est supposé sain sous tout autre rapport ; le côté droit de la face semble être à l'état normal. La vision du côté gauche est affaiblie ; cependant le malade reconnaît facilement les objets, les chiffres et les caractères, mais un peu moins distinctement qu'à l'ordinaire. L'œil semble avoir perdu cette sensibilité spécifique qui produit l'éblouissement quand la lumière se rapproche trop de cet organe. Le malade dit avoir entièrement perdu l'ouïe du côté affecté, et la sensibilité commune est moins parfaite du côté gauche que du côté droit, bien qu'elle existe encore. Mais ce qui se rapporte directement au sujet de cet article, c'est la destruction pleine et entière du goût sur la moitié gauche de la langue quoique sa sensibilité commune soit peu diminuée.

Les expériences que nous allons rélater en détail, pratiquées en présence de plusieurs témoins, ne tendent qu'à prouver la séparation des fonctions de la sensibilité *générale et spécifique* de l'organe du goût. Le malade ayant les yeux bandés, si l'on plaçait sur la langue une pièce de monnaie, il reconnaissait de suite que c'était une substance métallique ; la sensation était pourtant un peu plus distincte du côté droit. Le malade sentait aussi une piqûre légère faite à la membrane muqueuse du côté gauche. Si l'on touchait le bord du même côté avec le coin d'un foulard, le malade disait sentir le contact de quelque chose de souple. Il désignait le degré de température d'une cuiller d'argent placée sur la moitié affectée de la langue.

Ces expériences prouvaient jusqu'à l'évidence que la sensibilité n'était pas diminuée. Restait à vérifier la condition des sens du goût. La langue se prêtait d'autant mieux à cet ordre d'expériences qu'elle n'était pas facilement nette et fraîche.

On saupoudra la moitié affectée de sel ordinaire de cuisine qu'on laissa dissoudre ; le malade ne distingua la saveur de la substance qu'en la pressant vers le palais. Un peu d'aloës appliqué au bord antérieur du côté affecté et laissé en contact pendant plusieurs secondes, ne fit aucune espèce d'impression. La saveur spécifique était cependant perçue du moment où on appliquait cette substance sur le côté opposé. Une décoction concentrée d'aloès, appliquée sur l'un et l'autre côtés, produisit les mêmes résultats.

D'après ces expériences il y aurait donc tout lieu de croire que le goût n'est pas seulement une modification de la sensibilité générale, mais que des nerfs distincts et séparés président à l'une et à l'autre de ces fonctions.

(*Décembre* 1835.)

Remarques sur les nerfs du cerveau, extraites de l'ouvrage intitulé : Frid. Arnoldi Icones Nervorum capitis. Heildelbergæ, 1834, in folio.

La tête contenant un grand nombre d'organes importans, doit offrir, par une conséquence nécessaire, une certaine quantité de nerfs de diverses espèces. Les nerfs cérébraux, les quatre nerfs cervicaux supérieurs, et la partie supérieure des nerfs du système ganglionnaire appartiennent à cette région du corps.

Le cerveau est le siége du sensorium. C'est dans le crâne que sont situés les organes des sens. Ce sont, par conséquent, les nerfs de la vie animale qui y prédominent. L'inverse a lieu dans l'abdomen ; dans la région des viscères, c'est le système ganglionnaire qui a la prépondérance.

Les nerfs ganglionnaires se distribuent principalement aux artères, tandis que les nerfs cérébraux et spinaux se rendent aux muscles et aux organes des sens. La partie céphalique du nerf grand sympathique fournit un grand nombre de filamens aux artères carotides externes et internes et aux artères vertébrales, et forme diverses anastomoses avec les nerfs du cerveau et de la moelle. Les quatre nerfs cervicaux supérieurs se distribuent à l'occiput et au cou ; les nerfs cérébraux au crâne, à la face et à leurs organes dépendans, au larynx et aux poumons, à l'œsophage et à l'estomac.

Depuis Soemmering on adopte douze paires de nerfs cérébraux, savoir : 1° les nerfs olfactifs ; 2° les nerfs optiques ; 3° les nerfs moteurs oculaires communs ; 4° les nerfs pathétiques ; 5° les nerfs trijumaux ; 6° les nerfs abducteurs de l'œil ; 7° les nerfs faciaux ; 8° les nerfs acoustiques ; 9° les nerfs glosso-pharyngiens ; 10° les

nerfs pneumogastriques; 11° les nerfs accessoires de Willis; et 12° les nerfs hypoglosses.

On peut distinguer ces nerfs en deux classes : la première comprend les nerfs des sens proprement dits; la seconde les nerfs appelés par M. Arnold, nerfs *intervertébraux* du crâne. A la première classe appartiennent la première, la seconde et la huitième paire (n. olfactivus, opticus et acusticus); les autres qui, à l'instar des nerfs spinaux, ont une racine double, antérieure et postérieure, appartiennent à la seconde classe, et prenant leur origine au cerveau, en sortent par les vertèbres du crâne.

Les nerfs intervertébraux du crâne se subdivisent en deux *ordres; l'ordre antérieur* est formé par la 3me paire et les suivantes jusqu'à la 7me paire (n. facial); l'ordre *postérieur* est composé par la 9me, 10me, 11me et 12me paires. La grande portion du nerf trijumeau forme la *racine postérieure* de l'ordre intervertebral antérieur, tandis que la 3me, 4me, 6me paires et la petite portion de la 5me forment la *racine antérieure* de ce même ordre. La *racine antérieure* de l'ordre postérieur des nerfs intervertébraux comprend la 11me et la 12me paires, et la 10me paire en forme la *racine postérieure*. De sorte qu'on peut disposer les nerfs cérébraux dans l'ordre suivant :

Ire Classe. — 1re, 2me et 8me paires.

Les nerfs intervertébraux, savoir :

			ORDRE ANTÉRIEUR.	ORDRE POSTÉRIEUR.
IIe Classe.	Racines	Antérieure.	3me, 4me, 6me paires, petite portion de la 5me paire; 7me paire.	11me, 12me paires.
		Postérieure.	5me paire.	9me et 10me paires.

On peut encore classifier les nerfs cérébraux d'une manière différente: les nerfs des ordres intervertébraux antérieur et postérieur sont ou de nature *mixte*, c'est-à-dire, *moteurs* et *sensibles* à la fois, ou de nature *simple*, c'est-à-dire exclusivement destinés au mouvement. Dans la première classe se rangent la 5me (trigeminus), et la 7mo (facialis) paire, la 10me (pneumo-gastricus), avec la 11me (accessorius) et la 9me (glosso-pharyngeus); la seconde classe comprend la 3me (trothlearis), la 6me (abducens) et la 12 paires (hypoglosus).

Considérés ainsi les nerfs cérébraux se distribuent donc dans l'ordre qui suit

Ire Classe. — 1re, 2me et 8me paires.

			NERFS MIXTES.	NERFS SIMPLES.
IIe Classe.	Les nerfs intervertébraux, savoir :	Ordre antérieur.	5me, 7me paires.	3me, 4me et 6me paires.
		Ordre postérieur.	La 10me avec la 11me paire, la 9me paire.	12me paire.

Parmi les nerfs cérébraux, la 3me, 4me et 6me paires président aux mouvemens des yeux: la 5me paire à la sensibilité de la face, des narines et de la bouche. La 10me paire préside à la sensibilité de l'œsophage, du larynx et des poumons. A la 5me paire s'ajoute la petite portion comme nerf masticatoire; à la 10me paire s'ajoute la 11me comme nerf vocal et respiratoire. La grande portion de la 7me paire est le nerf du mouvement de la face; sa petite portion est destinée à la sensibilité. La plus grande partie de la 9me paire donne la sensibilité à la racine de la langue et au pharynx; sa petite portion préside au mouvement du pharynx.

Les nerfs de la première classe diffèrent en structure et en propriétés vitales des autres nerfs du cerveau. Ils ne fournissent point de branches pendant leur trajet; leur tissu s'approche plus de la substance cérébrale que celui des nerfs intervertébraux; dans le fœtus ces nerfs naissent des cellules du cerveau; ils sont seuls susceptibles de sensation pour quelques agens spécifiques, tels que les odeurs, la lumière et les sons.

Les nerfs intervertébraux ressemblent aux nerfs spinaux; leurs racines, tant antérieures que postérieures, partent du cerveau; la racine postérieure présente un ganglion qui manque à la racine antérieure; elle est composée en même temps de plusieurs filamens très-fins qui s'étendent au ganglion; la racine antérieure, au contraire, quoique naissant aussi de plusieurs filamens, forme immédiatement un tronc arrondi. Les nerfs intervertébraux fournissent dans leur trajet des branches aux organes dans lesquels ils pénètrent. Ils ne sont formés ni par le cerveau, ni par la moelle épinière; ils se forment *per se* et primitivement au point de leur origine même; ils perçoivent différentes impressions, de manière à exciter des mouvemens musculaires ou des sensations; les racines antérieures et postérieures propagent leurs impressions en diverses directions. Un ordre de nerfs propageant donc les conditions du cerveau et de la moelle épinière aux organes de manière à exciter le mouvement, tandis que les autres communiquent les impressions externes des organes aux parties centrales, il en résulte la division des nerfs intervertébraux en nerfs du mouvement (racines antérieures), et de la sensibilité (racines postérieures).

Les nerfs cérébraux servent à établir la communication entre le centre nerveux et les parties externes de la tête, les poumons et l'estomac; c'est par eux que se traduit au dehors l'expression de la volonté; ce sont eux qui sont les agens principaux, des sensations et des diverses sympathies. Les fonctions des nerfs diffèrent selon la structure de leur tissu, selon celle de la partie cérébrale dont ils prennent naissance, et de l'organe externe, auquel ils se rendent. C'est ainsi que les nerfs destinés aux sens proprement dits, diffèrent en structure, non-seulement de la 5me et 10me paires, mais entre eux d'une manière très-sensible, et que les nerfs du mouvement diffèrent de ceux de la sensibilité. C'est ainsi que, par sa structure même, chaque partie du cerveau se lie intimement à la sensibilité ou au mouvement, communique telle ou telle propriété aux nerfs dont elle est l'origine. Enfin les organes aussi sont par leur nature en rapport intime avec l'une ou l'autre des propriétés du cerveau.

Le cerveau et le crâne qui, dans leur origine, présentent la structure normale de la moelle épinière et des vertèbres, subissent chez l'homme des modifications tellement considérables, qu'il faut toute l'attention de l'anatomiste pour en découvrir le caractère primitif et l'origine commune des nerfs dont le point de naissance et le trajet semblent être entièrement séparés.

Les recherches des anatomistes modernes ont constaté que le crâne est originairement formé de *trois vertèbres*. Ces vertèbres, par conséquent, laissent *deux espaces intervertébraux* entre elles. C'est par ces ouvertures que passent les nerfs cérébraux appelés intervertébraux. M. Arnold, en développant l'analogie de ces nerfs avec les nerfs de la moelle épinière, entre dans des détails trop circonstanciés, pour que nous puissions l'y suivre. (*Décembre* 1835.)

Résection de la moitié gauche de la mâchoire inférieure.

M. Earle a pratiqué cette opération le 31 octobre, à l'hôpital Saint-Bartholomée à Londres, sur le nommé Richard Garden, âgé de 25 ans, qui portait une énorme tumeur, occupant presque tout le côté gauche de la mâchoire. M. Earle fit d'abord une longue incision de forme elliptique, partant du centre de la mâchoire et se terminant dans l'espace compris, entre l'angle de la mâchoire et le méat auditif externe Cette incision mit à découvert le muscle masséter et divisa l'artère faciale qui cependant ne fut pas liée pour le moment, parce qu'on prévoyait devoir la diviser une seconde fois sous la mâchoire au point où elle sort de la glande sous-maxillaire. L'opérateur disséqua alors avec soin les tégumens de la partie inférieure en s'écartant le moins possible de l'os malade; la glande sous-maxillaire fut détachée et l'artère liée. Après s'être ainsi frayé un passage, on scia l'os en partie et on acheva sa division à l'aide de fortes pinces à tenailles, ce qui demanda beaucoup d'efforts, parce que l'os était très-dur et extrêmement compact; cependant cela se fit sans fissure et l'os divisé présenta une surface égale et saine. Ce fut à la partie supérieure et interne, où la branche s'était élargie de plus d'un demi pouce, qu'on rencontrât le plus de difficulté. La tumeur offrait néanmoins des parois assez minces, et on parvint, à l'aide d'un fort bistouri et de pinces à la séparer à sa partie supérieure. Toute la tumeur osseuse fût enlevée; mais il resta une petite portion du kyste osseux tapissé d'une membrane vasculaire et épaisse; l'un et l'autre furent éloignés. En somme, quatre artères furent liées, et la plaie réunie à l'aide de trois aiguilles à bec-de-lièvre et de deux points de suture ordinaires. Le malade ne se plaignit que de douleurs dans l'oreille; douleurs violentes, à la vérité, mais qui cessèrent par l'administration de deux doses d'opium.

Aucun incident fâcheux n'accompagna ni ne suivit l'opération, sauf une salivation abondante et légèrement sanguinolente qui dura peu. Quatre jours après l'opération, quand on enleva les sutures, on trouva toutes les plaies parfaitement réunies, et le malade parle et avale à présent sans difficulté.

La tumeur, qui avait près de trois pouces d'épaisseur, était formée par les parois élargies de l'os de la mâchoire inférieure, revêtues d'un kyste musculaire et épais, qui renfermait un tissu mixte, se rapprochant d'une part du fongus, et présentant de l'autre le caractère fibrineux avec quelques parties osseuses dispersées irrégulièrement dans sa substance. A sa surface supérieure et externe le kyste osseux était tellement mince qu'il cédait à la pression du doigt. M. Jules Cloquet, alors à Londres, était présent à l'opération. (*Décembre* 1835)

THE LANCET.

Leçon clinique sur l'Empyème ; par le docteur Roe, à l'hôpital Westminster de Londres (le 3 novembre 1835).

Au mois de juillet est entré à l'hôpital un maçon, âgé de 48 ans, la face pâle, les joues creuses, se plaignant d'une toux intense, accompagnée d'une expectoration muqueuse et écumeuse, et d'une difficulté de respirer, qui augmentait à chaque mouvement et diminuait pendant le repos. Du reste, grande faiblesse et inappétence ; la respiration n'avait lieu que vingt fois par minute, et le côté gauche se dilatait très-imparfaitement ; le pouls donnait 86 pulsations, et était mou et faible. La percussion du côté gauche donna un son très-mat, tant en avant qu'en arrière, tant au-dessus qu'en dessous de la clavicule gauche. Au côté droit le son était assez clair. Le bruit respiratoire était imperceptible au côté gauche, excepté dans une très-petite étendue près de l'épine du dos. Au côté droit il était bronchique et puéril, et accompagné d'un râle muqueux. On sentait les pulsations du cœur distinctement à droite du sternum ; elles avaient disparu à gauche. Le côté gauche offrait environ un demi-pouce de moins que le côté droit. Ses espaces intercostaux étaient oblitérés ; mais on ne percevait pas de tintement métallique. Le changement de position ne changeait rien au son de la percussion. La langue était rouge et humide ; le ventre resserré. Le malade était, depuis cinq ans, atteint de cette toux d'un caractère asthmatique, qui, pendant les temps bas et nébuleux, le tourmentait beaucoup, surtout le matin et la nuit, ce qui cependant ne l'avait pas empêché de se livrer à ses occupations, et pendant trois ans et demi, il n'avait jamais souffert de douleurs du côté gauche, ni de pleurésie.

La matité du son du côté gauche de la poitrine pouvait avoir trois causes :

1° L'*hépatisation* ou la tuberculisation complète du poumon ; 2° un abcès étendu qui aurait occupé tout le poumon ; 3° un *épanchement* dans la cavité de la plèvre. Mais M. Roe fit remarquer qu'aucune inflammation violente n'ayant précédé l'état actuel du malade, que la nature des matières expectorées, ne consistant qu'en un mucus écumeux sans être purulent, que l'intégrité parfaite du poumon du côté opposé, étant chose constatée, il était difficile de croire à l'existence de l'une des deux premières causes et qu'on ne pouvait que supposer la présence d'un épanchement, par lequel s'expliquaient aisément le déplacement du cœur, la matité du son, et l'absence du bruit respiratoire. Mais comment expliquer la formation de cet épanchement sans pleurésie aiguë qui lui ait précédé ? Notez bien, dit M. Roe, que la sécrétion purulente dans la plèvre n'est pas toujours la conséquence d'une pleurésie à marche rapide, mais qu'elle est souvent produite par une inflammation chronique, dont le malade même ne se doute guères. Une autre objection qu'on aurait pu faire à ce diagnostic, c'était l'absence d'égophonie, mais cette absence s'explique facilement par la grande quantité du liquide accumulé. Quant à la mensuration, il est vrai qu'au commencement de toute sorte d'épanchement dans la poitrine, le thorax a augmenté de volume ; mais dès que la maladie devient chronique et que la nature même fait des efforts pour en opérer la guérison, le thorax s'affaisse au contraire et vous ne le trouvez plus élargi. Enfin la grande quantité de liquide explique encore la persistance du son mat dans tous les points de la cavité gauche de la plèvre malgré le changement de position, par lequel on a tâché de déplacer le liquide.

Toutes ces considérations ne laissèrent presque pas de doute sur la justesse de notre diagnostic. Il était d'autant plus probable que le liquide épanché était du pus, qu'il ne s'était formé que lentement, et que les épanchemens *séreux* doivent plutôt leur origine aux pleurésies de caractère aigu. Cependant pour ne négliger aucun moyen de constater le véritable état des choses, je fis une ponction à l'aide de l'aiguille de M. Davies (faite à la manière d'un trois-quart sillonné par une rainure), par l'ouverture de laquelle s'écoula un liquide trouble, preuve certaine que nous avions sous les yeux un véritable cas *d'empyème.*

La mort vint bientôt justifier nos prévisions ; voici en peu de mots le résultat de l'autopsie : le cœur était entièrement refoulé à droite. En enlevant les côtes du côté gauche on pénétrait dans un large kyste occupant toute la cavité de la plèvre gauche ; il contenait environ huit pintes d'un fluide séro-purulent, qui avait comprimé le poumon au point qu'il n'avait plus que le volume du poignet, et l'avait refoulé vers la colonne dorsale. Les parois du kyste étaient épaisses ; une bande pseudo-membraneuse s'étendait depuis la sixième côte jusqu'au bord inférieur du lobe inférieur du poumon gauche. C'était probablement cette bande qui avait empêché l'évacuation entière du liquide par l'opération. Le poumon droit était parsemé de tubercules ; le foie granulé et gorgé de sang. Il faut remarquer que le poumon gauche enlevé du cadavre n'était pas imperméable à l'air, mais qu'on pouvait le gonfler facilement au moyen de l'insufflation

Le seul cas, dit M. Roe, dans lequel la cure de cette affection est possible, est lorsqu'il se forme des adhérences entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale. Pour que ces adhérences aient lieu, il faut d'abord que le liquide épanché dans le thorax soit évacué. Or, cette

évacuation peut s'opérer de trois manières différentes : par l'absorption, par l'évacuation spontanée et par l'opération de la paracentèse ou ponction. M. Billard rapporte un cas de guérison du premier genre qui paraît s'être opérée par l'absorption, qu'il attribue aux effets de l'acétate d'ammoniaque administré au malade. Ces cas sont fort rares. Moins rare est l'évacuation spontanée, qui elle-même peut s'opérer de deux manières ; par ulcération de la plèvre costale, par laquelle le liquide se fait jour au dehors, ou par expectoration ; lorsque le liquide se fraye un passage dans les bronches. J'ai eu occasion d'observer un cas très-remarquable de cette dernière espèce; je fus appelé en février chez une servante qui présentait les symptômes suivans : grande difficulté de respirer, 40 respirations par minute, toux fréquente, expectoration d'un mucus épais, pouls 120, peau brûlante, face rouge, soif intense et perte d'appétit. On lui fit immédiatement une saignée et elle prit pendant trois jours des larges doses de digitale ; au bout de ce temps survînt tout à coup une expectoration d'une matière très-fétide et purulente. Je ne pensais pas à un empyème et n'examinai pas la malade à l'aide du sthétoscope. Je prescrivis trois grains de superacétate de plomb, et un grain d'opium à prendre trois fois par jour ; grand fût mon étonnement, lorsqu'en vingt-quatre heures l'expectoration eût entièrement cessé. Les forces revinrent, la dyspnée diminua et trois semaines après la première attaque la malade pouvait quitter le lit. Mais un refroidissement ne tarda pas à provoquer de nouveau la difficulté de respirer et presque immédiatement eût lieu l'expectoration de cette même matière fétide, dont nous avons parlé plus haut. En même temps rougeur éthique sur les joues, le pouls extrêmement accéléré et faible. En examinant la poitrine je la trouvai presque partout moins sonore à la percussion qu'elle ne l'est naturellement, et on n'entendait qu'indistinctement le bruit respiratoire, surtout aux parties postérieures. Au-dessous de la clavicule gauche l'égophonie était évidente. Le docteur Harrison médecin si familier avec l'usage du sthétoscope, me confirma dans l'opinion que j'avais affaire à un empyème. On proposa la ponction ; mais Sir Henry Halford qui fût consulté par le maître de la malade, s'y opposa. Je me rendis à l'autorité de ce médecin. En examinant la poitrine avec beaucoup de soin, je la trouvai sensible à la pression ce qui me détermina à y appliquer, dans une grande étendue, des ventouses scarifiées, par lesquelles j'évacuai environ dix onces de sang. En même temps je tâchai de soutenir les forces de la malade par des bouillons et j'administrai du sulfate de fer autant que l'estomac pouvait le supporter. L'amélioration fût instantanée ; l'expectoration cessa au bout de neuf semaines, le murmure respiratoire se rétablit presque sur tous les points de la poitrine et la matité du son de la percussion diminua de beaucoup.

Voilà donc un cas bien manifeste d'une guérison spontanée de l'empyème par l'évacuation du liquide par les bronches. Remarquons bien que de tels cas sont rares, extrêmement rares, et qu'en retardant trop longtemps l'opération on laisse dépérir le malade, et l'on perd toutes chances de succès.

Examinons maintenant les cas où la ponction a été pratiquée. M. Davies qui a fait l'opération dans dix cas d'empyème, a donné dans l'*Encyclodépie de la medecine pratique* (ouvrage anglais) une table où nous voyons que sur dix individus opérés huit ont guéri. Sur ces dix malades cinq avaient moins de 6 ans, un de 18 à 19 ans, et deux d'environ 25 ans. On peut attribuer la guérison des premiers à l'élasticité des côtes et à la souplesse des os qui résistèrent moins à la pression nécessaire pour que la plèvre pulmonaire et la plèvre costale vinssent en contact et formassent des adhérences entr'elles, chose indispensable à la guérison.

J'ai assisté le 30 novembre 1833, à une opération pratiquée par M. Wooley de Brompton, sur un enfant d'environ sept ans, qui se trouvait dans un état de faiblesse et de dépérissement extrême, et présentait tous les symptômes de l'empyème. Trois pintes de matière purulente furent évacuées à la fois ; et j'appelle votre attention sur une circonstance remarquable dans ce cas, c'est qu'une quantité considérable d'air pénétrait dans la poitrine pendant l'opération. La plaie se ferma et l'enfant fut soumis à un régime nourrissant. Mais trois semaines après, une nouvelle accumulation de liquide nécessita une seconde opération, qui donna une quantité de matière moins considérable que la première, mais pendant laquelle l'air pénétra également dans la poitrine. Dès lors la santé de l'enfant s'améliora progressivement, et en peu de temps la respiration du côté affecté était redevenue normale ; la percussion donnait un son parfaitement clair ; dans ce moment l'enfant se porte à merveille.

L'observation que je viens de vous rapporter vous prouve encore qu'il faut faire l'opération aussitôt que possible. Si vous permettez, au contraire, au liquide de séjourner longtemps dans la cavité de la plèvre, il refoulera le poumon vers la colonne dorsale, il se formera des adhérences entre le poumon et l'épine, et votre opération échouera par la raison même que le poumon n'est plus libre et que des adhérences l'empêchent de revenir à son volume antérieur.

Une autre question très-importante est celle-ci : faut-il laisser la plaie se fermer immédiatement ou la tenir ouverte au moyen d'une canule? Les raisons qui militent en faveur de l'application de la canule sont d'abord l'affaissement des forces qui pourrait suivre l'évacuation subite d'une aussi grande quantité de liquide, et ensuite les tristes conséquences de l'introduction de l'air dans la poitrine, lorsque tout le liquide est évacué en une seule fois.

Quant aux dangers qu'on attribue à l'évacuation trop subite du liquide, nous avons vu que, dans le cas cité par M. Wooley, malgré l'extrême amaigrissement de l'enfant, tout le liquide a été évacué à la fois, sans que l'enfant en ait souffert le moins du monde, et plusieurs fois, dans ce même hôpital, nous avons observé la même circonstance. Je puis vous citer surtout un cas fort remarquable, dans lequel nous avons extrait six

pintes de sérosité de la poitrine du malade, sans qu'il en résultat de conséquences fâcheuses. Non-seulement je pense que l'évacuation subite du liquide n'est nullement dangereuse, mais je suis persuadé même que l'espace occupé avant l'opération par le liquide se remplit en grande partie d'air et que cet air n'est point un obstacle au succès. L'introduction de l'air dans la poitrine a eu lieu dans le cas rapporté par M. Wooley; elle a eu également lieu chez l'individu dont nous venons de parler, et dans l'un ni dans l'autre cas il n'en est résulté aucuns symptômes d'inflammation. Nous observions cependant, chez cet homme, deux ou trois jours après l'opération, et par suite d'une accumulation trop grande de gaz, une diminution marquée du bruit respiratoire du même côté affecté, une sonoréité extraordinaire du côté de la percussion et un très-grand embarras dans la respiration. M. Walsch, maintenant établi à Worcester, imagina alors une petite canule fort appropriée, à laquelle s'adaptait un piston dont la longueur ne dépassait pas celle de l'aiguille. A l'aide de cet instrument on pompa l'air de la poitrine, après quoi le malade s'achemina rapidement vers la guérison. Vous voyez donc que la présence de l'air dans la poitrine n'est pas aussi dangereuse qu'on se l'imagine.

Voyons maintenant quel est le point le plus favorable pour pratiquer la ponction? Laënnec conseille de la faire entre la cinquième et sixième côtes, par la raison que les adhérences des poumons malades étant plus fréquentes entre le lobe supérieur et la plèvre, ou entre le lobe inférieur et le diaphragme, le lobe moyen est généralement celui qui reste le plus libre. Il arriva à Laënnec qu'en voulant enfoncer le trois-quarts dans la cavité de la poitrine, il ne s'écoula pas de liquide et l'examen démontra que le trois-quarts n'avait pas pénétré du tout dans la cavité de la plèvre. Il faut encore plus de précaution lorsque vous opérez sur le côté droit, pour ne pas blesser le foie : cet organe a quelquefois augmenté de volume et remonte à une hauteur considérable dans la région de la plèvre, donnant ainsi lieu à la matité du son sans qu'il y ait pour cela le moindre liquide; ne perdez donc jamais de vue la proximité du foie; cependant en introduisant votre instrument dans l'intervalle compris entre la cinquième et sixième côtes, vous pouvez être presque certain de pénétrer toujours dans la cavité de la poitrine même.

Il y a pourtant des cas d'exception, même pour cette règle; c'est lorsqu'il se forme des adhérences entre les poumons et les côtes. Dans le cas de M. Wooley, par exemple, le poumon formait adhérence à sa partie postérieure et en appliquant l'oreille à cette région on distinguait fort bien le bruit respiratoire qui disparaissait à la partie antérieure de la poitrine. Au lieu de faire la ponction entre la cinquième et la sixième côtes, près du muscle long dorsal, on fut obligé de choisir un point situé plus en avant, où il n'y avait pas de bruit respiratoire. Ayez donc toujours soin avant d'opérer de vous bien assurer que vous n'entendez pas de bruit respiratoire à l'endroit où vous avez l'intention de pénétrer avec votre instrument, et de bien calculer, s'il n'y pas au même point, adhérence entre le poumon et la plèvre.

Après vous avoir entretenu de la nature de cette affection et des moyens que nous possédons pour opérer sa guérison, nous revenons sur le cas qui nous a fourni l'occasion de faire ces réflexions et nous en terminons l'historique. — Le 9 juillet on enfonça un trois-quarts plat entre la cinquième et la sixième côtes du côté gauche. D'abord, il ne s'écoula pas de liquide, mais en enfonçant de nouveau l'instrument avec promptitude, on retira de la plèvre environ vingt-huit onces d'une sérosité trouble et jaune, entremêlée de flocons de lymphe. La poitrine n'était pas plus sonore après l'opération qu'auparavant. — Le 11 juillet, l'état du malade était à peu près le même; sa respiration assez bonne. Peut-être même pouvait-on trouver une amélioration dans la santé générale, mais le côté gauche n'offrait pas plus de sonoréité qu'auparavant. Une faible dose de calomel et de rhubarbe donna lieu, le 14, à une une salivation intense dont les effets persistèrent jusqu'au 31. A partir de cette époque, la santé du malade sembla s'améliorer de jour en jour et il pouvait même rester debout pendant plusieurs heures dans le cours de la journée. — Le 1er septembre, la toux était devenue très-fatigante et la respiration accélérée. On prescrivit l'iode et l'hydroiodate de potasse le 7 du même mois. — Le 27, on observa une tumeur molle, élastique et fluctuante située entre la cinquième et la sixième côtes, offrant à peu près le volume d'une orange. L'exploration avec l'aiguille de Brodie fit reconnaître qu'elle contenait du pus. On l'évacua à l'aide d'une aiguille à séton, munie d'une bande de soie. On entretint la suppuration dans la supposition que la tumeur pouvait avoir quelque rapport avec l'intérieur du thorax. Le malade était mieux quatre jours après. Le séton sécréta toujours mais pas assez pour qu'on put croire à une communication avec la poitrine. La matière sécrétée était purulente et séreuse et le malade dépérissait à vue d'œil. — Le 15 octobre, il ne pouvait rester sur son séant et la respiration était extrêmement laborieuse. — Le 19, face et lèvres livides, extrémités froides et orthopnée; mort le 22 octobre.

Il y a dans cette observation une circonstance qui surtout mérite votre attention; c'est que malgré la quantité considérable de liquide accumulé dans la poitrine, l'opération ne donna issue qu'à environ vingt-huit onces. Certains que nous étions de la présence d'une grande quantité de liquide, nous ne fûmes pas peu embarrassés de nous expliquer ce phénomène : peut-être y avait-il des kystes dans la plèvre. M. Fowusend a publié dans l'*Encyclopédie de la médecine pratique* un ou deux cas de ce genre, où les adhérences de la plèvre en différens endroits, formèrent des kystes distincts et renfermant du liquide. Nous pensâmes alors que tel pouvait être le cas de notre malade et cela nous parut d'autant plus probable, qu'en enfonçant l'aiguille un peu plus haut quelque temps après, nous rencontrâmes encore du liquide; donc il en était encore resté une quantité considérable. Mais à présent

l'autopsie nous offre une explication plus simple ; dans la position du malade couché sur le dos, la canule a pu rencontrer ce ligament pseudo-membraneux, dont nous avons parlé à l'occasion de l'examen cadavérique, et qui empêche l'évacuation complète du liquide. La salivation subséquente à l'administration de deux grains de calomel, donné dans le but de tenir le ventre ouvert, et l'épuisement du forces du malade, nous parurent être des contre indications d'une seconde opération, dont nous ne pouvions plus espérer du succès à cause de l'état général de l'économie. Et cependant si pareil cas se représentait, je préférerais tenter une seconde fois l'opération, sans laquelle la *perte du malade est certaine.* (*Novembre* 1835.)

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Sur la créosote, par M. Elliotson.

M. Elliotson, médecin de l'hôpital de Saint-Thomas à Londres, a consigné une partie de ses expériences sur les effets de la créosote dans un mémoire, dont nous communiquons les extraits les plus remarquables d'après le *Medico-Chirurgical Review*.

C'est depuis le commencement de l'année 1834, que cet illustre médecin a tenté des essais avec ce médicament, surtout dans les cas qui avaient résisté jusqu'ici à toute médication. Il l'essaya d'abord dans la phthisie et dans l'épilepsie, puis dans des cas de névralgie, de choléra, de diabètes, etc. Il commence ordinairement par administrer deux à trois gouttes suspendues dans un mucilage, et en porte la dose graduellement jusqu'à dix, vingt gouttes et plus, si l'estomac les supporte. Les symptômes d'irritation, qui suivent les nausées, les vomissemens, les maux de tête, les vertiges, la chaleur de la langue, du gosier et de l'œsophage, indiquent que les doses ont été trop fortes. M. Elliotson n'en a obtenu aucun succès dans la phthisie, quelle qu'ait été la forme, la dose ou le mode d'administration, si ce n'est peut-être une respiration et une expectoration plus facile. Ces effets sont analogues à ceux causés par la vapeur du goudron, et ont été surtout très-prononcés dans quelques exemples de bronchorrhée et de catarrhe chronique. Quoique l'emploi de cette substance ait été peu efficace dans l'épilepsie, une certaine action calmante que M. Elliotson crut remarquer quand il l'administrait à des individus irritables, le porta à étendre son usage à l'hystérisme, aux névralgies et à d'autres formes d'excitabilité nerveuse.

Ier *Cas*. Une jeune fille souffrait d'une douleur aiguë dans l'hypogastre et dans le bassin, accompagnée d'une constipation opiniâtre. D'abord la douleur revenait à des intervalles irrégulières, puis tous les matins entre sept et huit heures, et se prolongeait jusque dans la nuit; après l'accès la malade restait plongée dans une sorte de coma jusqu'au lendemain. La face et les gestes portaient l'expression de souffrances atroces. Les évacuations étaient naturelles; pas de pierre dans la vessie. Il n'est pas de moyens thérapeutiques, qui n'eussent été vainement invoqués avant l'entrée de cette malheureuse à l'hôpital de Saint-Thomas. D'abord elle éprouva quelque peu de soulagement de trois grains de morphine administrés chaque matin; mais cet agent, tout énergique qu'il soit, perdit bientôt son influence sur le mal. Le 22 juillet, on ordonna une goutte de créosote à prendre trois fois par jour. La dose en fût peu à peu portée à sept gouttes. L'état de la malade s'améliora si rapidement sous l'influence de ce remède, qu'un mois après son entrée elle quitta l'hôpital avec l'apparence de la meilleure santé.

IIe *Cas*. Un homme atteint depuis trois mois d'une névralgie des narines et du palais, était tourmenté de douleurs violentes, accompagnées de mouvemens convulsifs des muscles de la face. Le 22 août, il commença à prendre trois gouttes de créosote trois fois par jour. Le 28 août, les doses furent portées à six gouttes; le malade était mieux, la douleur revenait moins fréquemment et le sommeil était beaucoup moins interrompu par le retour des paroxysmes. Les doses s'élevèrent à la fin du traitement jusqu'à dix-huit gouttes; le malade était assez bien alors, pour quitter l'hôpital.

L'auteur rapporte encore deux autres cas du même genre de maladie qui sont encore en traitement, mais qui marchent avec rapidité vers la guérison.

C'est dans le choléra que M. Elliotson a eu l'occasion de reconnaître pour la première fois la vertu *antiémétique* de la créosote; vertu qu'il a vérifié depuis dans un si grand nombre d'expériences, qu'il ne croit pas qu'aucun autre médicament puisse lui être comparé sous ce rapport. La créosote sert à arrêter les vomissemens comme à les prévenir. Elle n'est pas moins salutaire dans les cas de dyspepsie caractérisée par la douleur, la saveur acide, les nausées; elle augmente au contraire la flatulence.

Dans le diabètes, les expériences de M. Elliotson ont été extrêmement satisfaisantes.

VIIe *Cas*. Un gentleman sexagénaire, offrant depuis quatre à cinq ans des symptômes de diabètes (langue sâle, soif extrême, urines saccharines) prit la créosote. Un mois s'était à peine écoulé, que la quantité des urines avait diminué de près de moitié, elles ne contenaient presque pas de sucre, et le malade alla de mieux en mieux.

VIIIe *Cas*. Un médecin, atteint de diabètes depuis huit mois, rendait par jour douze pintes d'urines d'une pesanteur spécifique de 1038. En même temps, aigreurs de l'estomac et constipation. Le 8 novembre, il commença à prendre la créosote. Le 28 novembre, amélioration générale et surprenante.

IXe *Cas*. Un sexagénaire malade depuis six mois, rendait en vingt-quatre heures six pintes d'urines d'une pesanteur spécifique de 1037. Après avoir pris la créosote pendant neuf jours, sa santé se trouva sensiblement améliorée. Au mois de décembre, la soif avait disparu, la quantité des urines était réduite à trois pintes, l'amélioration était générale; mais les urines pourtant conservaient leur pésanteur spécifique de 1037. Depuis, il a été de mieux en mieux, et il est aujourd'hui dans une situation fort satisfaisante. (*Juillet* 1835.)

Sur le nombre des pulsations du cœur dans le fœtus; par G. O. Fleming.

Laënnec et M. Kergaradec parlent de *pulsations doubles* du cœur du fœtus, dont le nombre serait double de celui des pulsations du pouls de la mère. M. Fleming prétend que l'assertion de ces observateurs est erronée. Bien qu'il ait compté aussi 140 pulsations du cœur chez le fœtus, ces pulsations selon lui, ne sont pas pour cela doublées, comme le prétendent Laënnec et Kergaradec et le pouls du fœtus ne diffère pas de celui de la mère. M. Fleming a eu occasion de s'assurer de la vérité de cette assertion, sur un enfant aussitôt après sa naissance et avant qu'il eût commencé à respirer. Le pouls était alors à 70. Mais à l'instant même que la respiration commença à avoir lieu, le pouls s'accéléra; irrégulier d'abord, il monta bientôt à 140. Ces faits semblent démontrer que le pouls du fœtus acquiert une activité double au moment où s'établit la respiration.

Nouveau signe fourni par l'auscultation, dans la première période de l'affection tuberculeuse des poumons.

Le diagnostic de l'affection tuberculeuse des poumons, lorsqu'elle est à son début, est souvent entouré de tant d'obscurité, faute de signes positifs qui en indiquent l'existence, que toute recherche dirigée vers ce point, mérite l'attention du médecin et cela d'autant plus que ce n'est qu'à la période d'incubation, pour ainsi dire, que cette affection si meurtrière et si répandue offre encore quelques chances de guérison. Au nombre des signes que les recherches de Laënnec, Andral, Louis et d'autres nous ont fait connaître, nous devons en ajouter un nouveau, fourni par l'auscultation et découvert par le docteur Jackson de Boston. On le trouve dans la note suivante du docteur Cowan, extraite de sa traduction anglaise de l'excellent ouvrage de M. Louis, sur la phthisie pulmonaire.

« M. Louis a eu deux fois occasion de constater dans ses salles la valeur diagnostique d'un nouveau signe d'auscultation, que M. Jackson a observé sur *l'expiration* des malades. A l'état de santé, l'expiration n'est guère, et quelquefois pas du tout, perceptible à l'oreille, elle ne paraît jamais occuper le même siége que l'inspiration: au contraire, elle se fait évidemment, mais très-faiblement, entendre à une certaine distance de la surface et dans les grandes bronches. Mais la densité des poumons s'accroît-elle, le bruit de l'expiration devient graduellement de plus en plus distinct et superficiel au point de ressembler à une *seconde inspiration*, et à rester fréquemment seul susceptible d'être perçu. Sans un examen exact et comparatif on pourrait facilement se méprendre sur la nature de ce bruit et le considérer comme le *bruit inspiratoire*. Ce qui donne à ce signe une valeur toute spéciale, c'est que la modification de l'expiration précède celle de l'inspiration et qu'elle est surtout perceptible dans les premières périodes de la maladie, lorsque la justesse du diagnostic est d'une si haute importance. J'ai fréquemment vu M. Louis déterminer à l'aide de ce signe isolé l'existence de l'induration des poumons, qu'on n'avait pu découvrir ni par la percussion, ni par aucune modification de l'inspiration. »

(*Médico-Chirurgical Review, july* 1835.)

Absence de l'utérus, observée par M. Ryland. (Extrait du rapport clinique de l'infirmerie de Birmingham).

Hannah Mack, servante, âgée de 19 ans, mourut d'une péritonite, 36 heures après son entrée à l'hôpital. L'autopsie fit voir que l'inflammation du péritoine avait été la conséquence d'un épanchement de matière stercorale à travers un ulcère de l'iléon. Cette fille n'ayant pas été réglée on voulut examiner l'état de l'utérus; mais on ne put trouver cet organe. Le repli du ligament large, dans lequel l'utérus aurait dû se trouver, contenait à sa place une espèce de corde assez forte, arrondie, fibreuse, longue de quatre pouces et plus grosse aux extrémités qu'au milieu. A chaque extrémité de cette corde s'attachait la trompe de Fallope dont le canal s'oblitérait un peu avant de se joindre à elle. Les ovaires étaient du volume normal et les trompes bien développées. Il n'y avait pas de trace de vagin; les parties externes au-dessous du méat urinaire étaient oblitérées par une membrane résistante. Le corps de cette fille était petit, mais bien conformé; le squelette présentait les caractères du sexe; la région génitale et les aisselles étaient garnies d'une quantité extraordinaire de poils; le sein était petit, mais bien formé.

Ne serait-on pas fondé à croire, d'après cette observation, que c'est la présence de l'utérus qui imprime à la constitution femelle les caractères sexuels. Les ovaires paraissent être l'organe principal. L'utérus n'est probablement qu'un organe de relation, une sorte de réceptacle pour l'ovule fecondé. L'ovaire est à l'individu femelle ce que le testicule est à l'individu mâle, c'est-à-dire le centre du désir vénérien et de l'influence sexuelle. Il serait curieux de savoir si le sujet de cette observation a manifesté pendant sa vie quelque penchant sexuel.

Sur le diagnostic des tumeurs de l'abdomen; par le Dr Macfarlane.

On pourrait croire, au premier abord, que le diagnostic des tumeurs de l'abdomen est plus simple que celui des altérations morbides de la poitrine; du moins les parois molles et élastiques de la première cavité semblent offrir un examen aussi facile que les parois osseuses du thorax. Cette supposition n'est cependant

pas confirmée par l'expérience. Les fonctions du cœur et des poumons sont plus distinctes, plus déterminées que celles des viscères abdominaux ; et les moyens que nous possédons pour vérifier les opérations qui se passent dans les premiers de ces organes, jouissent d'une plus grande précision que ceux dont nous nous servons pour explorer l'état de l'abdomen. Bien qu'on connaisse assez exactement la région de l'abdomen qu'occupent à l'état de santé tels ou tels viscères, il ne faut pourtant jamais perdre de vue, que plusieurs d'entre eux ne sont que faiblement unis dans leurs attaches aux parties voisines, de sorte qu'ils peuvent se déplacer considérablement tant en état de santé qu'à l'état morbide. Combien ne doit-on pas hésiter avant d'affirmer avec quelque certitude que, par la raison qu'une tumeur existe dans telle ou telle région, elle est nécessairement ou toujours liée à l'organe que cette région contient à l'état naturel. On nous dit que quand même les caractères externes de ces tumeurs seraient enveloppés d'obscurités, le désordre des fonctions de l'organe affecté pourrait suffir pour nous conduire à un diagnostic satisfaisant. Il n'en est cependant rien ; et pour n'en citer qu'un seul exemple, souvent les régions épigastrique et ombilicale ont été le siége de tumeurs, ne présentant aucun autre symptôme, qui aurait pu servir à éclairer sa nature, et ce ne fut qu'à l'autopsie du cadavre qu'on reconnut que des maladies organiques de l'estomac en étaient la source. Souvent aussi la position d'une tumeur dans la région sous-ombilicale, l'absence de symptômes indicatifs d'une affection de l'estomac seraient des raisons qui permettaient de supposer que cet organe ne participe pas de l'affection. On sait que l'estomac descend quelquefois jusque dans le bassin : Eh bien ! ce singulier déplacement a donné lieu à de graves méprises dans le diagnostic de la part des praticiens même du plus haut mérite, et entre autres Monro.

Ce qui augmente encore la difficulté, c'est que, dans toutes les divisions artificielles du ventre, chaque région ne circonscrit pas un seul organe, mais renferme plusieurs parties qui toutes peuvent être le siége de la tumeur. Cette dernière occupe-t-elle le centre de l'abdomen, elle peut être produite par le péritoine, l'épiploon, les intestins, le mésentère, l'estomac, etc. ; occupe-t-elle l'hypogastre, les parties qui peuvent lui avoir donné naissance ne sont pas moins nombreuses.

Toutes ces difficultés seront présentes à la mémoire des médecins qui ont eu occasions d'observer dans leur pratique ou dans les hôpitaux, un grand nombre de malades ; et ces difficultés sont d'autant plus sensibles lorsqu'il s'agit de se déterminer pour ou contre une opération chirurgicale. C'est aussi un des buts principaux de ce mémoire de faire voir les dangers qui compliquent l'opération de la gastrotomie.

L'auteur divise son travail de la manière suivante :

1° Les tumeurs occupant les parois abdominales ;

2° Les tumeurs résultant d'une affection du péritoine, de l'épiploon ou du mésentère ;

3° Les tumeurs provenant de concrétions stercorales ;

4° Les tumeurs provenant des ovaires.

Tumeurs qui se bornent aux parois abdominales.

Cas. I. Sarcôme enkysté des parois abdominales.

H. M., âgé de 4 ans, entré à l'hôpital le 11 octobre 1831, présente une tumeur oviforme et saillante, d'environ quatre pouces de diamètre, occupant la région inguinale droite et s'étendant dans la direction du ligament de Poupart. Le bord des contours offre de la résistance au toucher ; la surface de la tumeur est bosselée, et, en quelques endroits, d'une telle élasticité, qu'elle ressemble à une collection de kystes remplis de liquide. La tumeur est mobile et n'adhère à aucune des parties sous-jacentes, mais elle est intimement liée aux tégumens qui sont en partie bleuâtres. A la naissance de l'enfant, lorsqu'on s'aperçut pour la première fois de cette anomalie, la tumeur avait à peu près le volume d'une fève. Quand nous vîmes l'enfant, la tumeur paraissait être en partie solide et en partie fluide, et était évidemment enfermée entre les parois abdominales. On résolut l'extirpation, qui fut pratiquée à l'instant, et avec un succès complet ; la plaie, après une suppuration partielle, se ferma et l'enfant quitta l'hôpital le 14 novembre. En disséquant la tumeur, on la trouva composée d'une collection de kystes dont le volume variait de celui d'une aveline à celui d'un pois. Plusieurs des kystes situés superficiellement communiquaient entre eux et présentaient l'aspect d'un rayon de miel (honey-comb). Les kystes plus profondement placés étaient séparés des kystes continus par du tissu cellulaire. En dehors ils étaient revêtus d'une membrane fibreuse ; à l'intérieur ils étaient tapissés d'une membrane lisse et séreuse et remplis d'un liquide foncé.

Cette espèce de tumeur, dit M. Macfarlane, semble occuper de préférence certaines parties du corps ; elle est plus fréquente chez les personnes d'un âge avancé. Elle n'est nullement douloureuse et les tégumens qui la couvrent, maintiennent leur couleur naturelle jusqu'au moment où le liquide se trouve près de la surface ; alors ils prennent une teinte légèrement bleuâtre. L'opération ne présente point des difficultés sérieuses ; une récidive n'est guère à craindre. N'existe-t-il qu'un seul kyste d'un volume médiocre on en évacue le liquide et l'on provoque une inflammation, au moyen de laquelle les surfaces internes forment adhérence. Mais la tumeur est-elle large ou composée de plusieurs kystes, l'enlèvement complet de la masse dégénérée devient nécessaire. Je ne suis pas partisan de la ponction des tumeurs faites dans l'intention de les guérir par l'inflammation ou la suppuration, car j'ai souvent vu cette opération produire la fièvre et une inflammation bien plus considérable que celle que l'on attendait. La simple extirpation est toujours préférable.

Il n'y a pas de tissu, si nous en exceptons les ovaires,

qui manifeste une plus grande tendance à former des tumeurs enkystées que le tissu cellulaire. Est-ce que l'une ou l'autre cellule de ce tissu s'oblitérerait de manière à favoriser une accumulation de sérosité susceptible de former une tumeur de ce genre. Ce que j'en ai vu n'est nullement contraire à cette hypothèse, qui explique en même temps d'une manière assez satisfaisante, les cas où il existe un groupe de kystes ou distincts ou communiquant entre eux.

En parlant des abcès chroniques des parois abdominales, M. Macfarlane fait observer qu'ils se forment quelquefois entre les couches des muscles de l'abdomen ou immédiatement sur le péritoine. Offrent-ils un certain degré de développement, il est presque impossible, avant que le pus ne s'approche de la surface, de déterminer si la tumeur occupe les parois musculaires mêmes, ou si elle prend naissance dans une partie plus profonde en dedans de la cavité abdominale.

Cas II. — *Tumeur enkystée des parois abdominales. — Ponction. — Péritonite. — Mort.*

Une femme, âgée de 40 ans, portait depuis deux ans, une tumeur d'un volume considérable, unie, dure, occupant les régions médiane et inférieure de l'abdomen ; la malade ne pouvait précisement indiquer ni le point où le mal avait débuté, ni son mode de développement. On sentait une fluctuation obscure au centre qui formait une saillie tant soit peu conique ; la tension des tégumens et l'impossibilité de pouvoir circonscrire la tumeur, nous empêchèrent d'acquérir des notions exactes sur ses rapports. Elle était souvent le siége de vives douleurs, et à mesure qu'elle se développait elle semblait par son poids et la pression qu'elle exerçait, paralyser l'action des intestins et donner lieu à de fréquentes coliques. Quoique les hommes de l'art qui suivaient le traitement, ne s'entendissent pas trop sur la nature de la tumeur, on en fit la ponction au moyen d'un trois-quarts, qui donna issue à plusieurs pintes d'un liquide de couleur et de consistance mucilagineuse ; l'état de la malade fut d'abord assez satisfaisant, mais bientôt survint une péritonite qui enleva la malheureuse au bout de cinq jours. A la nécropsie on trouva un large kyste, formé à l'intérieur par le péritoine, et à l'extérieur, par les muscles de l'abdomen.

On aurait peut-être couru moins de périls, si on avait pratiqué la ponction plus tôt. M. Macfarlane désapprouve les injections stimulantes, conseillées par M. Lisfranc.

Ces abcès, dit M. Macfarlane, se formant quelquefois dans une des régions iliaques, gagnent insensiblement un volume très-considérable, de manière à simuler quelquefois chez les femmes les tumeurs des ovaires. Le diagnostic en est souvent fort obscur.

En outre, cette sorte d'abcès se complique quelquefois de l'oblitération du cœcum par un corps étranger. Le cas suivant en offre un exemple remarquable.

Cas III. — *Abcès chronique dans la fosse iliaque droite, percé en dehors. — Anus contre nature. — Mort.*

Madame A., âgée de 38 ans, se plaignait depuis plusieurs mois d'une douleur sourde à la région iliaque droite, sans que l'on aperçut aucun gonflement, ni désordre quelconque, quand tout à coup elle crut sentir une légère tumeur située assez profondément dans la fosse iliaque droite ; cette tumeur était molle et élastique au toucher, sans fluctuation, et acquit peu à peu un certain volume, qu'elle conserva pendant six mois ; mais la malade dépérissait de jour en jour, ses traits étaient profondément altérés et sa maigreur extrême. En même temps, douleurs dans l'abdomen, accélération du pouls, irrégularité dans les évacuations, signes d'irritation de l'estomac. A mesure que la tumeur faisait des progrès, la jambe droite s'œdématisait de plus en plus. Peu de temps après l'apparition de ces symptômes, on reconnût une fluctuation obscure dans une partie de la tumeur, qui remplissait alors la fosse iliaque, s'étendait considérablement jusqu'au-dessus de la crête de l'ilium et faisait saillie de deux pouces à peu près sur la surface des parties environnantes.

M. Macfarlane ne sachant précisément si la tumeur dépendait d'un kyste de l'ovaire ou si elle était causé par un abcès chronique, proposa la ponction. La malade n'ayant pas voulu s'y soumettre, il s'en suivit une rupture des tégumens, et l'écoulement d'une immense quantité de pus. Trois jours après, des matières stercorales se firent jour à travers l'ouverture, et huit jours plus tard la malade avait cessé d'exister.

A l'autopsie, on trouva un grand kyste épais, occupant les régions iliaques et lombaires du côté droit et s'étendant dans le bassin ; il entourait en même temps le cœcum, qui offrait une ouverture ulcérée, assez large pour qu'on pût y introduire le doigt.

Chez les femmes en couche on rencontre fréquemment des abcès qui se forment immédiatement au-dessus de l'aîne. Lorsqu'ils sont lents dans leur marche et qu'ils se limitent au tissu cellulaire de la fosse iliaque, ils sont difficiles à découvrir ; mais on les reconnaît facilement dès qu'ils surmontent le ligament de Poupart et qu'ils séparent le péritoine de ses attaches aux parois de l'abdomen. L'inflammation et la suppuration de l'ovaire donnent lieu à des abcès qui occupent la même situation.

Dupuytren a conseillé d'abandonner tous les abcès situés aussi profondément à la nature et de les laisser s'ouvrir dans les intestins, dans le vagin ou la vessie, comme cela arrive ordinairement. M. Macfarlane pense au contraire qu'on peut prévenir beaucoup d'accidens en faisant la ponction de ces tumeurs et en les évacuant aussitôt que les symptômes en sont bien évidens. C'est du moins la méthode qu'il a fréquemment suivie avec beaucoup de succès.

—

Cas III. *Tumeur-fibro cartilagineuse, située entre les couches des muscles abdominaux. — Extirpation de la tumeur et d'une partie des deux côtes inférieures. — Mort.*

Mad. R., âgée de 26 ans, entrée à l'hôpital le 18 janvier 1835, présente une tumeur du volume du poing située à la région iliaque droite; le bord postérieur de cette tumeur qui se prolonge obliquement en bas et en avant jusque près de l'épine antérieure et supérieure de l'os ilium, se trouve éloigné de deux pouces des apophyses épineuses des vertèbres. Elle paraît être attachée aux deux côtes inférieures, et à la crête de l'ilium, dans une longueur de deux pouces. Elle est dure et cartilagineuse, d'une figure oblongue, et offre six pouces de long sur cinq pouces de large; elle fait saillie sur le côté de l'abdomen, et est encore quelque peu mobile; les tégumens placés supérieurement offrent un aspect sain. La douleur, à laquelle elle donne lieu, surtout pendant la nuit, et qui s'étend à la cuisse, est assez vive pour empêcher le sommeil. La malade attribue l'origine de cette tumeur à une chute qu'elle fit, il y a trois ans, sur le bord d'une table. D'abord, la tumeur n'était pas plus large qu'un œuf de pigeon et était située au-dessus, des côtes, auxquelles elle semblait adhérer. La santé générale de la malade s'était beaucoup altérée, aucun remède, ni topique, n'avait produit le moindre soulagement.

M. Macfarlane, dans la conviction que la tumeur était placée entre les couches musculaires de l'abdomen, et qu'on pouvait l'enlever sans ouvrir cette cavité et sans léser le péritoine, pratiqua l'opération le 19 janvier 1835.

La malade étant couchée sur le côté gauche, on fit sur le centre de la tumeur, une incision qui commençait à un pouce de la colonne vertébrale et se dirigeait obliquement en bas et en avant jusqu'à environ deux pouces au-delà de l'épine antérieure et supérieure de l'os ilium. Les tégumens furent renversés et le muscle oblique externe mis à découvert. On trouva alors la tumeur placée entre les muscles oblique interne et transverse, auxquels elle adhérait d'une manière tellement intime qu'il fut impossible de l'en détacher. Le transverse fut en conséquence divisé avec beaucoup de soins à la partie inférieure de la plaie. En passant le doigt entre la tumeur et le péritoine, M. Macfarlane divisa les muscles oblique interne et transverse près du bord inférieur et externe de la tumeur, et sépara cette dernière du muscle iliaque interne et du psoas, qui la couvrait en partie par son bord. Elle se confondait avec les extrémités libres des deux côtes inférieures au point de nécessiter l'enlèvement de ces parties avec la tumeur. En passant le doigt sous les côtes, on en détacha les parties molles sous-jacentes et on les divisa près de la tumeur à l'aide de tenailles incisives On parvînt enfin à détacher la partie antérieure de la tumeur et à séparer le péritoine de sa base. Trois artères, dont l'épigastrique était la plus grosse, furent liées. La malade n'avait pas perdu plus de six onces de sang. Le péritoine n'avait pas été atteint. La plaie fut réunie au moyen de quatre points de suture et d'emplâtres agglutinatifs.

La tumeur était d'une forme ovale, un peu aplatie, d'une surface lisse, elle était extrêmement dure, le tissu en était fibro-cartilagineux, et offrait beaucoup de résistance au scalpel. Les extrémités des deux côtes avaient pénétré jusqu'à la profondeur d'un pouce dans sa substance et y étaient solidement attachées. Il était néanmoins évident que la tumeur n'avait pas pris naissance des côtes, et que ces attaches étaient de nouvelle date.

Bientôt survinrent les symptômes de la péritonite et la malade succomba dans la nuit du 22, 31 heures après l'opération.

A l'autopsie on trouva le péritoine enflammé, une petite quantité de sang extravasé dans le tissu cellulaire entre le péritoine et les muscles iliaques.

II. Tumeurs du péritoine, de l'épiploon et du mésentère.

Des tumeurs se développant fréquemment dans le péritoine, acquièrent un immense volume, et donnent lieu à des symptômes très-alarmans. Dans la plupart des cas, l'examen le plus scrupuleux est insuffisant pour en faire connaître le siége et les rapports. Tantôt elles se limitent à une petite portion de la surface musculaire du péritoine; tantôt elles sont liées à une affection étendue de l'épiploon.

Cas I. *Affection de l'épiploon simulant l'hypertrophie de l'ovaire.*

Mme O., âgée de 49 ans, était atteinte d'une ascite, accompagnée d'une tumeur abdominale. Il y avait quatre ans que cette dernière avait commencé à paraître sous la forme d'une petite boule mobile située au côté droit du ventre au-dessous du nombril, n'occasionnant aucune douleur, et sans accroissement sensible, pendant les trois premières années, atteinte à cette époque d'une péritonite, la malade eut quelque peine à se rétablir, et devint dès ce moment, sujette à des douleurs aiguës dans l'abdomen, à des nausées, des vomissemens et à la constipation. La tumeur augmentait rapidement; la fluctuation devenait sensible; survinrent d'autres symptômes plus alarmans; accélération ou faiblesse du pouls; rougeur et sécheresse de la langue; urines en petite quantité, toux et dyspnée.

M. Macfarlane ayant fait la ponction de l'ascite, la tumeur se prêta mieux à l'examen. Elle avait acquis alors un volume égal à celui d'une tête d'enfant, et était située dans la partie antérieure et inférieure de l'abdomen. Elle était bosselée, se déplaçait d'un côté et d'autre, et ne semblait s'attacher à aucun des organes sous-jacens. En la soulevant autant que le permettait l'état relâché des tégumens, on la trouvait fixée au bassin par un pédicule de la grosseur du poignet. On

distinguait encore plusieurs autres tumeurs de divers volumes situées entre le bord supérieur de la tumeur principale et l'arcade du colon.

M. Macfarlane crut d'abord que l'ovaire droit était le siége de l'affection et que le liquide s'était accumulé, non dans la cavité du péritoine, mais dans un kyste de l'ovaire, dont les tumeurs bosselées formaient une partie. Mais à la suite d'un examen plus attentif, il s'assura que quelques-unes de ces petites tumeurs se continuaient avec les parois de l'abdomen, et que probablement la face du péritoine qui revêt les muscles abdominaux était le siége de tubercules. Mais toujours persistait-il dans l'opinion que la tumeur principale, qui se continuait dans le bassin, dépendait d'une hypertrophie de l'ovaire.

L'eau s'étant accumulée de nouveau, la malade succomba.

Autopsie. — La cavité de l'abdomen contenait environ dix pintes d'un liquide foncé et visqueux. Le péritoine, d'un jaune sale, et semé de tubercules de différentes grandeurs, avait acquis une épaisseur considérable. Les intestins étaient cachés sous une grande quantité de tumeurs, qui s'étendaient de l'épigastre au bassin en prenant naissance, non des ovaires, mais de l'épiploon. A la partie supérieure, l'épiploon ainsi dégénéré avait conservé ses rapports naturels avec l'estomac et le colon; mais inférieurement il était fixé dans le bassin par des adhérences anormales formant le pédicule épais qu'on avait pris pendant la vie pour la continuation de l'ovaire. Le tissu de l'épiploon était dur, et en quelques endroits cartilagineux; la masse entière pesait neuf livres.

M. Macfarlane, dans ses réflexions sur ce cas extraordinaire, appelle principalement l'attention du praticien sur les conséquences graves que peut avoir, dans des cas semblables, une erreur de diagnostic. Quand on prend, par exemple, une tumeur de ce genre pour une dégénérescence de l'ovaire, et que l'on se propose de pratiquer la gastrotomie dans le but de guérir cette dernière affection. Cette affection de l'épiploon peut aussi être confondue avec une grossesse extra-utérine, dont voici un exemple :

II. *Affection de l'épiploon, prise pour une grossesse extra-utérine.*

Une femme, âgée de 41 ans, après avoir sévré son quatrième enfant, était réglée depuis deux mois, quand la sécrétion cessa tout à coup et sans cause connue; elle commença à se plaindre de douleurs sourdes, accompagnées de pesanteur dans le ventre, de nausées, de vomissemens, de flatulence et de constipation. Le ventre devint de plus en plus saillant, les seins se gonflèrent et la malade se crut enceinte. Vers la fin du sixième mois, le gonflement du ventre resta stationnaire; trois semaines plus tard il avait considérablement diminué. Elle ressentait fréquemment alors de violentes douleurs de ventre, accompagnées d'une irritation intestinale. L'amaigrissement faisait des progrès rapides; la figure était grippée, inquiète; le pouls accéléré et faible; la langue sèche et rouge; le ventre plus proéminent qu'il ne l'est naturellement, surtout dans les régions hypogastrique, ombilicale et dans l'hypocondre gauche.

Un peu au-dessus et à gauche du nombril se faisait apercevoir une tumeur mal circonscrite, de forme sphérique et à peu près du volume d'une orange, sous laquelle on sentait successivement trois, et même quatre crêtes, séparées l'une de l'autre d'environ un quart de pouce, qui traversaient obliquement l'abdomen dans la longueur de trois pouces. On soupçonna l'existence d'une grossesse extra-utérine, et on proposa l'opération, qui fût cependant rejetée par M. Macfarlane, par la raison qu'il avait déjà rencontré les mêmes symptômes dans un cas d'affection de l'épiploon.

La malade succomba trois semaines plus tard. A l'autopsie on trouva l'épiploon tellement malade, qu'il n'avait pas conservé le plus léger vestige de son tissu originaire. Il était composé de plusieurs tumeurs sphériques de différent volume, dont la plus grande, située dans l'hypocondre gauche, avait été prise pour la tête d'un enfant. Ces tumeurs ainsi que les crêtes qui s'étendaient le long de toute la largeur de la masse dégénérée, et qui ressemblaient aux côtes d'un enfant, offraient un tissu fibro-cartilagineux. L'épiploon et les intestins étaient unis par des adhérences d'ancienne date.

La gastrotomie peut être pratiquée avec succès, dit M. Macfarlane, lorsque le fœtus a passé à travers une rupture de l'utérus dans la cavité du ventre. Dans ce cas, les symptômes sont rarement douteux. Cet accident a lieu pendant le travail même, et est en général précédé des violens efforts de l'action utérine, suivis d'une cessation complète des douleurs de l'enfantement et d'un collapsus alarmant. Notre diagnostic est en outre éclairé par l'examen *per vaginam* où nous ne découvrons aucune partie de l'enfant qui se présente, et par celui du ventre qui est irrégulièrement aplati et fait reconnaître les contours du fœtus. Personne d'ailleurs ne pensera de faire la gastrotomie, lorsqu'il est possible d'introduire la main dans la cavité abdominale à travers la déchirure de l'utérus, et d'achever ainsi l'extraction de l'enfant par le vagin.

La gastrotomie est toujours une opération très-précaire dans ses résultats, lorsque le fœtus s'est développé dans les trompes de Fallope, dans les ovaires, ou dans la cavité abdominale. Il est rare que nous pouvons recueillir des symptômes assez caractéristiques, qui nous indiquent avec certitude l'existence d'une grossesse extra-utérine; et alors même que nous pratiquons l'opération, sans nous être trompés dans notre diagnostic, nous rencontrons encore une foule de difficultés pour ouvrir la poche, pour extraire l'enfant et le placenta et arrêter l'hémorrhagie: difficultés qui amèneront plus facilement un résultat fâcheux que si nous avions abandonné le cas à la nature. Le fœtus peut, de l'autre part, demeurer bien longtemps dans l'abdomen sans donner lieu à des symptômes alarmans, ou contracter des adhérences avec les parois de la cavité, avec les intestins

ou la vessie et être évacué au moyen du travail de l'ulcération.

III. Tumeurs provenant de concrétions stercorales.

Les concrétions stercorales donnent quelquefois naissance à des tumeurs qui présentent les mêmes caractères et produisent les mêmes effets que d'autres tumeurs abdominales, ce qui en rend le diagnostic souvent obscur. On pourra voir par les exemples qui suivent, combien il est facile de commettre de graves erreurs à cet égard.

Une femme portait une tumeur dans le côté droit de l'abdomen, à peu près du volume du poing. D'après les renseignemens donnés par la malade elle-même, et eu égard aux symptômes concomitans, on crut avoir affaire à une concrétion ayant son siége dans le colon. Lorsque la malade s'en est aperçu pour la première fois, elle dit avoir pu déplacer la tumeur en haut et en avant, dans le sens du trajet du colon et ce ne fut que quand elle eut augmenté de volume qu'elle se fixa entre la crête de l'os ilium et les fausses côtes. Elle souffrait en même temps de douleurs intenses et de constipation.

Après plusieurs consultations sur l'état de cette malade, il fut convenu d'ouvrir le ventre et d'enlever la concrétion. M. Macfarlane fut présent à l'opération. Après que les tégumens eurent été divisés, il se présenta un grand kyste renfermant des hydatides. Ce kyste attaché dans une grande partie de son étendue à la surface concave du foie, ne pouvait par conséquent être extirpé. Il avait exercé une telle pression sur le colon ascendant, qu'il empêchait le passage des excrémens et donnait lieu à des douleurs abdominales, comme si la tumeur avait occupé la cavité même de l'intestin. — Dans le n° 33 de l'*Edinburgh medical and Surgical Journal*, on trouve la relation d'un cas semblable, dans lequel l'opération, quoique fortement conseillée, n'a cependant pas été faite; c'était un squirrhe du pylore qu'on avait pris pour une concrétion stercorale.

Un calcul biliaire, existant dans les intestins peut devenir le noyau d'une concrétion.

Observation. — *Concrétion alvine dans l'ilium. — Péritonite. — Mort.*

Un paysan, âgé de 38 ans, a été atteint de jaunisse, avec vives douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, dont il s'est rétabli par l'emploi des émétiques, des purgatifs et de la saignée. Il continua ensuite à jouir pendant trois ans d'une bonne santé, lorsqu'il fut saisi de coliques et de constipation, qui revenaient de temps à autre et contre lesquelles on employa avec avantage les purgatifs et les lavemens. Ces symptômes devinrent plus intenses et se changèrent en gastro-entérite. Immédiatement au-dessous de l'ombilic, où il éprouvait constamment une sensation d'un poids et de distension, on découvrit une tumeur solide, mais mal circonscrite, facile à déplacer d'un côté à l'autre. La péritonite gagna en intensité, le ballonnement du ventre augmenta rapidement au point de cacher la tumeur, et peu de temps après, le malade succomba. — A l'autopsie on trouva le péritoine enflammé. Les intestins grêles augmentés en volume et en épaisseur; l'ilium était extrêmement distendu et contenait à son extrémité, une tumeur sphérique, du volume d'une orange, que l'on découvrit être une concrétion stercorale, de couleur brun foncé, inégale et poreuse à sa surface externe, mais d'une structure plus dense et compacte intérieurement, et dont le noyau consistait en un calcul biliaire jaunâtre à peu près de la grosseur d'une fève. La membrane muqueuse de l'iléon offrait dans une grande étendue des ulcérations; le rectum était contracté immédiatement au-dessous de l'endroit occupé par la tumeur.

IV. Tumeurs des ovaires.

L'affection la plus commune des ovaires à un âge peu avancé consiste dans la formation de kystes, qui semblent prendre leur origine dans les vésicules qui composent ces organes. Mais quand, à une période plus reculée, les ovaires se sont pour ainsi dire atrophiés, ils deviennent le siége de dégénérescences d'une texture plus dure Quelquefois il ne se forme d'abord qu'un seul kyste, qui s'accroît insensiblement jusqu'à ce qu'il remplisse presque toute la cavité abdominale; mais le plus souvent, l'altération sarcomateuse a déjà pris quelque étendue, avant qu'il se soit sécrété aucune sorte de liquide séreux ou gélatineux. Dans ce cas, la tumeur est lisse, compacte et sphérique au commencement; elle ne devient bosselée qu'à mesure qu'elle grossit en raison de l'épanchement de liquide et du développement des kystes dans la substance des ovaires.

M. Macfarlane a eu occasion d'observer pendant ces dernières quinze années, quarante cas de tumeurs des ovaires; il a pris note de quatorze cas où l'autopsie a été faite. Deux de ces quatorze malades étaient au-dessous de l'âge de 30 ans, lorsqu'on s'est aperçu de l'affection; quatre étaient âgées de trente à quarante ans; cinq de quarante à cinquante, et trois passaient la cinquantaine. La maladie avait existé, avant sa terminaison funeste, dans deux cas, quatre ans; dans trois, huit ans; dans un, neuf ans; dans quatre, onze ans; et dans les autres quatre cas, de treize à dix-huit ans. Quatre fois l'affection s'était bornée à l'ovaire droit; sept fois à l'ovaire gauche, et dans trois cas les deux ovaires étaient atteints. Dans un cas l'ovaire était distendu en un kyste immense sans aucune apparence de tumeur solide, ce qui fut cause d'une méprise et fit prendre la maladie pour une ascite. Dans neuf cas il y eut hypertrophie compliquée avec un ou plusieurs kystes contenant du liquide (dont 6 bosselés et 3 à surface égale); les autres étaient des tumeurs entièrement solides. Dans douze cas, il s'était formé des adhérences plus ou moins intimes et étendues entre les tumeurs, les parois abdominales et les organes pelviens. Trois de ces tumeurs avaient aussi contracté des adhérences avec les parois abdominales, l'épiploon et les intestins. Il n'y en eût

que deux qui furent sans adhérences anomales; les tumeurs étaient alors attachées au ligament large par un pédicule étroit. Dans trois cas parmi les douze, les adhérences auraient pu être divisées sans beaucoup de danger et avec peu de difficulté. Mais dans les autres neuf cas cette opération aurait été tout à fait impratiquable; elle n'aurait pas pu être accomplie sans être fort dangereuse pour les malades et même mortelle pour quelques-unes. Dans huit cas parmi ceux avec adhérences, la base de la tumeur était large, volumineuse, et son volume semblait plus souvent dépendre de l'étendue et de la solidité des adhérences secondaires que la tumeur avait contractées avec le bassin. Sans faire l'exposition des nombreuses objections que l'on pourrait élever contre la gastrotomie pratiquée pour enlever les tumeurs des ovaires, notons simplement les résultats de plusieurs cas publiés, pour lesquels cette opération a été adoptée. Sur douze cas, où l'opération a été pratiquée, quatre malades périrent et huit furent rétablies. Dans neuf, les tumeurs avaient contracté des adhérences plus ou moins étendues, avec les parties contiguës; dans quatre de ces cas les adhérences furent divisées et les tumeurs enlevées entièrement; dans un cas on n'extirpa qu'une partie du mal; et dans les quatre cas restans, l'opération ne put être achevée à cause de l'étendue et de la solidité des adhérences. Dans un de ces cas le ventre fut ouvert, sans qu'on trouvât de tumeur; la malade guérit heureusement. Dans un autre cas, le nombre et le volume des artères qu'on voyait battre avec intensité dans le pédicule, était tel que l'opérateur n'eut pas le courage d'enlever la tumeur.

Sur les bruits du cœur; extrait de l'ouvrage de Charles J. B. Williams : « *The Pathology and Diagnosis of Diseases of the Chest.* »

Considérée sous le double point de vue physiologique et pathologique, la théorie des causes des bruits du cœur est une question d'un si haut intérêt, qu'il est très-facile de se rendre raison des nombreux efforts qui ont été faits, depuis l'impulsion donnée par Laënnec, pour approfondir ce mystère. Mais ce qui doit exciter un jour la surprise de l'historien, c'est que nous autres modernes, qui ne cessons de blâmer les anciens de leur prédilection outrée pour les hypothèses, et ne semblons vouloir fonder nos opinions en matière de physiologie que sur la base solide de l'observation, nous arrivons à des résultats presque aussi nombreux et aussi divergens que les hypothèses de nos ancêtres, tout en croyant suivre une route, dans laquelle il est impossible de s'égarer. Nous faisons cette amère réflexion toutes les fois que nous voyons qu'il suffit souvent que l'observateur ne soit pas le même pour qu'une expérience destinée à éclaircir un point quelconque de la science, soit modifiée de manière à ne plus offrir aucune analogie, et qu'il est possible d'interpréter le même fait de diverses manières et d'en tirer des conclusions essentiellement opposées. La confusion qui règne dans les explications qu'on a données et qu'on donne encore sur les bruits du cœur, offre un bien triste exemple de ce que nous venons d'avancer. Cependant, à entendre ceux qui ont contribué à grossir le nombre des hypothèses établies sur ce point en litige, leurs assertions seraient fondées sur des expériences qui n'admettent pas le moindre doute.

Afin de mettre nos lecteurs à même d'apprécier la portée des dernières expériences faites par M. Hope pour fixer enfin l'opinion sur cette question controversée, nous croyons devoir résumer son historique, au moyen de quelques extraits puisés dans la troisième édition de l'ouvrage de M. Charles J. B. Williams, intitulée : *The pathology and diagnosis of diseases of the Chest* (pathologie et diagnostic des maladies de la poitrine), extraits qui présenteront, dans un ordre systématique, les différentes opinions émises jusqu'à ce jour, sur ce point de la science. Nous avons nous-mêmes pris ces extraits dans le *Medico-Chirurgical Review.*

Personne n'ignore qu'en appliquant l'organe de l'ouïe à la région cardiaque, on distingue deux bruits, ainsi qu'un choc communiqué à l'oreille, et nommé *impulsion.* Le premier de ces deux sons est plus sourd et plus prolongé, tandis que le second est plus clair et plus bref. Le choc est synchronistique avec le premier son. Ces faits sont si positifs qu'ils ne sauraient être contestés, mais leur interprétation a donné lieu à une grande diversité d'opinions dont nous empruntons d'abord l'énumération à l'ouvrage de M. Williams, qui y a joint en même temps les objections dont chacune de ces hypothèses est susceptible.

« 1. *M. Laënnec.* a. Premier bruit du cœur, choc et pouls, produits par la systole des ventricules. b. Second bruit, produit par la systole des oreillettes. — *Notes ad.* a. Opinion généralement admise et prouvée par différens faits et expériences. ad b. Opinion réfutée par le fait noté par Harvey et Haller, et confirmé par des expériences modernes, savoir : que la contraction des oreillettes précède immédiatement celle des ventricules. Un autre fait, qui parle contre la supposition *sub b* de Laënnec, est celui que les deux bruits continuent quelquefois à se faire entendre même après que les oreillettes ont cessé de se contracter (1).

2. *M. Turner* (2). Second bruit produit, d'après lui, par le cœur qui se porte rapidement en arrière contre le péricarde, après la systole des ventricules. — *Note.* Opinion réfutée par le fait que le bruit continue de même quand le cœur a été enlevé hors du péricarde.

3. *M. Corrigan* (3). a. Choc et premier bruit, produits par le sang qui se précipite dans les ventricules pendant la systole des oreillettes. b. Second bruit, produit par la systole ventriculaire, qui, d'après cet auteur, est instantanée. — *Notes.* a. L'opinion *a* est réfutée par les faits,

---

(1) Dr Hope's Experiments on Asses ; dans son ouvrage p. 36.

(2) Med. Chir. Trans. Edin. vol. III.

(3) Trans. of King's and queen's coll. of Phys. Ireland.

prouvés à l'évidence, que le premier bruit et le choc accompagnent la systole des ventricules, et n'ont lieu qu'après que les oreillettes ont cessé de se contracter. b. Le second point n'est pas admissible, parce que d'abord dans les grands animaux, la systole des ventricules n'est pas instantanée; et qu'ensuite le battement des artères voisines du cœur précède évidemment le second bruit de ce dernier (1). Il est au reste encore plusieurs phénomènes pathologiques qui font ressortir ce qu'il y a d'erroné dans cette opinion.

4. *M. David Williams* (2). D'après lui, ce sont les valvules auriculo-ventriculaires qui, en s'ouvrant par l'action des colonnes charnues frappent contre les parois des ventricules, et produisent ainsi le second bruit. — *Note.* Mais cette supposition est contraire à l'opinion admise par les anatomistes relativement aux fonctions des valvules auriculaires et des colonnes charnues, et M. Williams ne donne aucun argument valable à l'appui d'une hypothèse aussi gratuite.

5. *M. Pigeaux* (3). a. D'après lui, le premier bruit serait produit par le sang qui se précipite dans les ventricules, au moment de leur diastole. b. Le second bruit proviendrait du contact rapide du sang avec les parois de l'aorte et de l'artère pulmonaire. c. Les ventricules se contracteraient, dans un moment de repos, avant le second bruit. d. L'intensité des bruits serait proportionnée à la force d'impulsion qui agit sur la masse du sang. — *Notes.* a. Les objections élevées contre 3, a, s'appliquent aussi au point *a* de l'opinion de M. Pigeaux, qui est en outre contredit par un grand nombre de faits pathologiques, tels que le bruit de soufflet coexistant avec le premier bruit du cœur dans le cas de maladie des valvules sigmoïdes. b. Au point *b* s'oppose le fait que le second bruit *succède* distinctement au pouls des carotides, et par conséquent à celui des grosses artères. c. A cela s'oppose l'observation que le premier bruit et la systole des ventricules sont simultanés, et identiques quant à leur durée. d. La dernière assertion enfin se trouve en contradiction avec les phénomènes morbides qu'on observe dans la dilatation des ventricules; celle-ci augmente toujours le premier bruit, tandis que leur hypertrophie les diminue tous les deux.

6. *M. Magendie* (4). D'après ce physiologiste, le premier bruit et le choc simultané résulteraient de la systole des ventricules et du choc de la pointe du cœur sur l'intervalle qui sépare la sixième et la septième côte; le second bruit et le second choc dépendraient du choc des parois des ventricules sur le sternum, par suite de leur diastole. — *Note.* Cette opinion se réfute par le fait que les deux bruits continuent à se faire entendre lorsque le cœur ne touche pas aux parois thoraciques (1).

7. *M. Rouanet* (2). a. Suivant cet auteur, le premier bruit serait produit, pendant la systole des ventricules, par les valvules mitrales et tricuspides, au moment où elles forment les orifices auriculo-ventriculaires. b. Le second bruit serait produit, au moment de la diastole ventriculaire, la réaction du sang artériel sur les valvules sigmoïdes.

8. *M. H. Carlile* (3). a. D'après lui, le premier bruit serait produit, pendant la systole des ventricules, par le sang qui se précipite dans les artères. b. Le second bruit serait produit de la manière que le suppose M. Rouanet.

9. *M. Hope.* a. D'après lui, le premier bruit et le choc seraient produits par la systole des ventricules. b. Le second bruit et le second choc (*back stroke*) seraient produits par la diastole des ventricules. Les bruits tant naturels que morbides seraient produits par les mouvemens du sang

Si nous en croyons les conclusions que M. Hope tire des expériences consignées en détail dans son ouvrage sur les maladies du cœur, elles sont de nature à démontrer incontestablement :

1° Que les oreillettes se contractent d'abord sans aucun bruit.

2° Que la contraction des oreillettes est immédiatement suivie de la systole ventriculaire, accompagnée par le premier bruit, qui est sourd. La systole, par la tension de la convexité antérieure des ventricules à laquelle elle donne lieu, porte leur pointe en avant contre les côtes, et produit ainsi le choc. C'est encore la systole qui envoie une certaine quantité supplémentaire de sang aux artères et donne ainsi lieu au pouls artériel, qui, dans les artères proches du cœur, est synchronistique avec la systole des ventricules, tandis que dans les artères plus éloignées il y a, entre le pouls de ces dernières et la contraction du cœur un intervalle, nécessaire pour que le choc imprimé par la systole du cœur à la colonne du sang, puisse se propager tout le long des tubes élastiques des vaisseaux.

3° Que la systole des ventricules est immédiatement suivie de la diastole et du second bruit, qui est bref.

4° Qu'il y a ensuite un intervalle de repos, après lequel toute la série de mouvement se répète de la même manière, à commencer par la contraction des oreillettes.

Voilà les faits; la coïncidence du premier bruit, du choc et du pouls artériel avec la systole des ventricules, ainsi que le défaut de tout bruit appréciable, qui accompagne la contraction des oreillettes, sont des faits évidens et incontestables qu'il est facile de constater à chaque moment par des expériences sur de grands

(1) Dr. Hope's Experiments, ouvrage cité p. 31; — et M. Carlile, *Dublin Journal of Medical Science*, vol. IV.

(2) *Edinb. Med. and Surg. Journal*, oct. 1829.

(3) *Arch. générales de Médecine*, juillet et novembre 1832.

(4) Dans ses leçons faites en 1834 au Collége de France.

(1) Hope, ouvrage cité p. 30. — Bouillaud, *Journ. hebdom.*

(2) *Journ. hebdom.* n° 97. — M. Bouillaud, *Journ. hebdom.* 1834.

(3) *Dublin Journ. of Medical Science*, vol. IV.

animaux. Mais ce qui reste obscur, c'est la manière dont se produit le second bruit, qui *paraît* coïncider avec la diastole des ventricules. On n'a pas pu non plus jusqu'à présent déterminer avec certitude la cause *immédiate*, des bruits du cœur. Quoique nous sachions que le premier bruit est évidemment en rapport avec la systole des ventricules, nous ignorons encore, comment il est produit. Est-ce par le mouvement du sang même, ou par le bruit musculaire, ou par quelque autre disposition coïncidente du cœur? Nous allons successivement passer en revue les causes que différens auteurs ont désignées comme produisant le premier bruit du cœur, qui coïncide avec la systole des ventricules. Ce bruit peut être produit :

1° Ou par la collision des particules du sang dans les ventricules (Hope et Spittal);

2° Ou par le sang, quand il se précipite dans les grosses artères (Carlile);

3° Ou par les valvules mitrales et tricuspides au moment où elles se ferment (Rouanet, Bryan);

4° Ou enfin par la contraction musculaire.

1° C'est M. Hope qui a avancé la première de ces explications, qu'il n'appuie cependant par aucun fait. Dans les expériences faites par M. Williams sur la production des bruits, il a trouvé que de tous les corps, les liquides sont les moins susceptibles de vibrations sonores. L'impulsion qui cause ces vibrations dans les corps solides, se perd dans les liquides, en déplaçant leurs particules. M. Williams remplit d'eau un flacon de gomme élastique et la comprima brusquement sous l'eau, au moyen de l'extrémité du stéthoscope; aucun bruit semblable à celui du cœur ne fut produit.

2° Cette objection acoustique est peut-être moins applicable à la seconde explication, d'après laquelle le premier bruit serait produit par la force avec laquelle le sang se précipite dans les grosses artères. Car le sang entrant dans les artères a reçu une impulsion et peut produire un bruit, dès que son cours n'y est pas tout à fait libre. Le sang, dans son passage par les artères, à l'état naturel, ne rencontre cependant pas plus d'obstacles que pendant son passage par le cœur. En outre, si cette explication était juste, les grosses artères, seraient plutôt que le cœur, le siége principal du bruit. Celui-ci augmenterait si le cœur était hypertrophié ou le pouls fort; il diminuerait, s'il y avait dilatation du cœur et faiblesse du pouls. Nous voyons tout le contraire.

3° Si la clôture des valvules auriculaires était la seule cause du premier bruit, il faudrait qu'il fut instantané, et qu'il se bornat à la première partie de la systole des ventricules; mais nous savons, au contraire, que le premier bruit se prolonge pendant toute la durée de leur contraction.

4° Le bruit musculaire, occasionné par la tension subite des fibres musculaires, lorsqu'elles se contractent, semble, d'après M. Williams, fournir l'explication la plus satisfaisante du premier bruit. Le bruit commence au moment où les fibres arrivent à l'état de tension; il continue jusqu'à ce que la contraction soit achevée et le sang expulsé du ventricule; le bruit cesse au moment de la diastole. Pour mieux nous expliquer l'effet de l'hypertrophie et de l'anévrysme du cœur, prenons tout autre tissu filamenteux, par exemple, un morceau de toile, et nous verrons qu'à mesure qu'il sera plus épais, le bruit, produit par une tension brusque de ce tissu, sera plus obscur; plus le tissu sera mince, au contraire, plus le bruit sera clair et distinct.

Nous bornons ici nos extraits de l'ouvrage de M. Williams et renvoyons nos lecteurs, pour ce qui concerne la théorie du second bruit du cœur, aux expériences de M. Hope, rapportées dans notre dernier numéro. (Voir *London médical Gazette* dans le *Bulletin*, cahier de janvier.)

DUBLIN JOURNAL

OF

MEDICAL SCIENCE.

Sur la sensation du frottement, comme signe de l'inflammation du péritoine; par le professeur Beathy.

M. Beathy vient de découvrir dans l'abdomen des malades atteints de péritonite, une sensation analogue à celle observée par Stokes dans la péricardite, à la région cardiaque; et qui produit l'effet du frottement de deux surfaces inégales l'une contre l'autre. Il découvrit ce phénomène pour la première fois en 1832, chez une femme âgée de 30 ans, et reçue à l'hôpital pour hydropisie de l'ovaire gauche; peu de jours après son entrée, cette malade fut prise de violentes douleurs du bas-ventre et de fièvre. Cet état persista pendant huit jours et exigea l'emploi des évacuations sanguines et d'autres moyens antiphlogistiques. Ce fut pendant cette période qu'en appliquant la main sur la région ombilicale, on perçut le frottement dont nous venons de parler. Cette sensation s'augmentait quand la malade aspirait profondément. Au moyen du stéthoscope on entendait un frottement manifeste dans l'étendue de 5 pouces autour du nombril. Cette sensation morbide disparut quand les accidens inflammatoires cessèrent. M. Beathy eut occasion d'observer une seconde fois ce symptôme chez une dame, qui, affectée d'un engorgement de la rate, fut prise d'une inflammation dans la région de cet organe. M. Beathy pense que le phénomène du frottement dans les inflammations du péritoine ne se rencontre que simultanément avec quelque tumeur solide qui forme un point d'appui pour une lame du péritoine.

(N° XVI, 1834.)

Rapport sur les expériences du docteur Stokes, *sur la galvano-puncture;* par J. Hamilton.

Les expériences furent faites à l'aide d'un appareil à auges, composé de 52 plaques de cuivre et de zinc; le liquide employé était l'acide sulfurique étendu (trois gros d'acide sur 8 onces d'eau). On plongea dans le muscle paralysé, par exemple, le deltoïde, deux aiguilles, l'une à son extrémité supérieure et l'autre à sa partie inférieure, de sorte qu'en fermant la chaîne la secousse galvanique dut traverser la totalité du muscle. A chaque séance, on fit éprouver au malade 9 à 10 secousses. Le nombre des plaques employées varia selon la sensibilité des parties. Lorsqu'il s'agissait d'une sciatique, on les porta au nombre de 50; mais on ne fit agir que quelques paires de plaques quand la tête ou l'œil étaient le siége de l'affection. Chez un soldat atteint d'amaurose, une aiguille fut placée au-dessus du sourcil gauche et l'autre à la partie inférieure de l'occiput; au moyen de 3 paires de plaques, une secousse tellement forte fut produite, que l'individu se crut frappé par un gros bâton; il accusa en même temps une violente douleur pongitive, qui traversa la tête, et des visions de flammes passant devant les yeux. Vingt-cinq paires eussent suffi pour tuer cet homme.

Il est étonnant combien l'introduction des aiguilles renforce l'action du galvanisme sur l'homme. Le même nombre de plaques, qui, par le simple contact avec l'épiderme ne produit que peu ou pas de sensation, lorsqu'il est mis en rapport avec l'acupuncture, donne lieu à des mouvemens convulsifs des muscles, et souvent à une douleur intense, à la syncope et aux envies de vomir. Ce qui mérite encore d'être noté, c'est qu'on a de la peine à extraire l'aiguille qui a été en rapport avec le pôle positif de la pile (pôle de zinc); circonstance qui semble provenir d'une sorte d'accroissement de la contraction organique, et chose remarquable, ce phénomène est même invariable, lorsque les deux aiguilles n'ont été introduites qu'à la distance d'un demi-pouce l'une de l'autre. On observa presque constamment une rougeur entre les deux aiguilles, au delà de laquelle l'action de la secousse galvanique semblait ne pas s'étendre.

Quant aux effets thérapeutiques de la galvano-puncture, les expériences n'ont pas offert des résultats très-satisfaisans. Quand même l'efficacité de cet agent serait moins douteuse qu'elle ne l'est en effet, son usage ne serait pas moins restreint en pratique à cause des douleurs et autres inconvéniens auxquels il donne lieu. On en a fait l'essai dans diverses maladies, telles que le rhumatisme chronique, la paralysie, etc. Dans un cas de paralysie saturnine, ses effets salutaires ont été évidens. L'observation la plus remarquable est celle d'un homme affecté de paralysie de la portion dure de la septième paire des nerfs.

Observation. Le malade, âgé de 56 ans, offrit à son entrée à l'hôpital, une altération remarquable des traits de la moitié droite de la face, qu'il attribuait à un refroidissement; le mal avait débuté par des douleurs à la face, des vertiges, et par une inflammation érysipélateuse, occupant surtout la moitié droite de cette région du corps; on l'avait saigné et fait prendre des sels purgatifs. A son entrée à l'hôpital, la faculté

motrice des muscles du côté droit de la face était entièrement abolie; les rides du front avaient disparu; les paupières de ce côté restaient continuellement fermées; la supérieure pouvait toutefois encore être soulevée. Lorsque le malade parlait, les muscles de la joue droite s'enflaient et s'affaissaient alternativement. Quand il buvait, une partie des boissons s'écoulait par l'angle droit de la bouche; la mastication se faisait imparfaitement de ce côté. On découvrait un endroit douloureux entre l'apophyse mastoïde et la branche montante de la mâchoire inférieure; la pression du doigt, exercée de bas en haut, d'arrière en avant, augmentait la douleur. On n'y remarquait aucune tumeur. L'action des muscles crotaphyte, ptérygoïdien et masséter, était libre des deux côtés. La parole était plus distincte lorsque le malade appuyait la main contre la joue paralysée. Pas d'altération dans les sensations de l'ouïe, du goût et de la sensibilité. Les évacuations sanguines au moyen des sangsues, des ventouses, l'application des vésicatoires, l'emploi des purgatifs, les frictions avec l'huile de croton, les moxas, les mercuriaux, tout resta sans effet. La strychnine, employée à la dose d'un douzième de grain, 4 fois par jour, produisait des contractions spasmodiques dans différentes régions, et avec plus d'intensité dans les parties paralysées. Mais on fut obligé de renoncer à ce remède après douze jours de son emploi, à cause de l'intensité des mouvemens convulsifs et de la céphalalgie qu'il provoquait. Un second essai ne réussit pas mieux, et la paralysie resta au même point. Enfin, dans la onzième semaine du séjour de ce malade à l'hôpital, on eût recours à la galvano-puncture. On plongea une aiguille au-dessus du tronc de la portion dure de la 7me paire, et une autre près de l'aîle droite du nez; le pôle positif fut mis en rapport avec cette aiguille et le pôle négatif avec la première. Le malade reçut successivement huit secousses galvaniques, dont il compara l'impression à des coups de bâton. Cette opération fut repétée journellement pendant dix jours de suite; il n'y eût interruption que d'un seul jour, à cause d'une forte céphalalgie. La paralysie diminua de jour, en jour. Après 15 jours de l'emploi de ce moyen, le moment de l'extraction des aiguilles était marqué par un accès de frissons, qui persistait pendant plusieurs heures. Le malade quitta l'hôpital au bout de trois semaines, l'affection ayant presque tout à fait cédé à cet agent thérapeutique, à l'exception près des mouvemens de la paupière droite, qui n'étaient pas encore aussi libres que ceux du côté gauche.

L'auteur considère la galvano-puncture comme un moyen incertain, qui toutefois mérite d'être tenté dans des cas appropriés. Il la recommande comme un stimulant énergique dans l'asphyxie, dans la catalepsie, et dans les empoisonnemens par l'opium. Dans ces cas les aiguilles doivent être introduites de manière à ce qu'elles dirigent le courant galvanique sur les muscles de la respiration, mais il ne faut employer alors qu'une très-faible batterie.

Phlegmasia alba dolens, observée par le D^{r}. Stokes.

Une femme de moyen âge fut atteinte, trois semaines après son accouchement, d'une péritonite intense qui ne céda qu'à un traitement très-énergique. A l'état d'épuisement où elle se trouvait, survint en peu de jours une bronchite grave et étendue. M. Stokes fut obligé d'avoir recours dès le début de cette dernière affection à des stimulans, le vin, une décoction de sénéga, le carbonate d'ammoniaque et l'application des vésicatoires sur la poitrine. L'affection de la poitrine céda peu à peu à cette médication et la malade semblait entrer en convalescence, lorsque, pendant la nuit, elle fut subitement saisie d'une violente douleur dans la jambe gauche. Le lendemain le pied offrait, à l'exception de la couleur, tous les signes d'une *phlegmasia alba dolens;* gonflement qui s'étendait depuis l'aîne jusqu'aux doigts, chaleur, sensibilité extrême, et immobilité. Les glandes de l'aîne étaient peu gonflées; la veine saphène n'offrait pas de dureté; mais la couleur de la jambe était rouge pourpre, dans quelques endroits presque noire, de manière que le pied était comme tacheté. La rougeur diminua en peu de jours, grace à l'application des sangsues, et aux fortes doses de calomel avec l'opium; la convalescence ne se fit pas attendre. Pendant les premiers jours de l'inflammation de la région inguinale on ne distinguait pas le pouls de l'artère fémorale, qui ne se fit sentir de nouveau que lorsque la tumeur commençait à s'affaisser.

BOSTON MEDICAL

AND

SURGICAL JOURNAL.

L'insufflation de l'air par l'anus, employée comme remède dans la passion iliaque.

La maladie connue sous le nom de *passion iliaque* a fait jusqu'ici le désespoir des médecins. Le traitement de cette affection par l'ingestion de grandes doses de mercure dans l'estomac, remède qu'on croyait agir par son poids, ainsi que les injections forcées dans l'anus conseillées par M. Viedemar, et déjà désapprouvées par Dehaën, ont été également infructueux. Les journaux Américains et Allemands nous entretiennent depuis quelque temps de guérisons obtenues par un nouveau mode de traitement, qui paraît promettre beaucoup, en le considérant sous le point de vue théorique. Nous serions heureux de constater par la pratique les effets remarquables que paraissent en avoir obtenus les médecins à l'étranger. Nous voulons parler de l'insufflation de l'air par la bouche et par l'anus. Lorsque l'intussusception des intestins est récente et qu'il ne s'est pas encore formé des adhérences morbides entre les intestins, ou entre les intestins et le péritoine, nous comprenons fort bien *à priori* les résultats heureux que peut produire la distension mécanique des anses intestinales étranglées par un fluide élastique, et nous n'hésiterions dans aucun cas de ce genre à lui accorder la préférence sur l'expérimentation dangereuse de dégager les intestins par l'effet de la pesanteur déterminée par une grande quantité d'une substance métallique, qui peut aussi avoir pour résultat d'augmenter l'étranglement. L'efficacité de l'insufflation de l'air nous fait même comprendre les vertus attribuées aux lavemens avec la fumée de tabac, car la distension des intestins par la vapeur nous semble devoir aider considérablement l'action dynamique des nerfs, en raison de la propriété narcotique de ce remède. Mais laissons parler les observations :

Obs. I. *Extraite du Boston Médical and Surgical Journal.*

M. Wood rapporte le cas suivant d'*intussusception des intestins avec vomissement stercoral, guérie par l'insufflation.*

Mr. G., fondeur de caractères, âgé de 35 ans, d'un tempérament nerveux, est subitement pris, dans la nuit du 17 septembre, de violentes douleurs à la région ombilicale. Un médecin lui prescrit des purgatifs et des fomentations. M. Wood le voit la nuit suivante. Les remèdes n'ont pas produit d'amélioration. Depuis trois jours point de garderobes ; nausées fréquentes ; la douleur ne présente guère d'intermission ; le pouls est petit et régulier. Le malade ayant auparavant éprouvé deux attaques de colique des peintres, on croit avoir affaire à la même maladie, et en conséquence on ordonne des pilules composées de deux grains d'opium chacune et une goutte d'huile de croton, à prendre de deux en deux heures. Toutes les quatre heures on administre un lavement ; le ventre est recouvert de sacs de sable chaud.

19 septembre. Le malade a moins souffert pendant la nuit ; mais à la pointe du jour retour des paroxysmes, qui deviennent plus intenses et plus fréquens, et sont accompagnés de coliques et de ténesme ; nausées surtout après l'ingestion des boissons ; hoquet : légère sensibilité du ventre ; pouls irrégulier et fébrile. Pas d'évacuation alvine, sauf un peu de mucosité sanguinolente rendue dans le cours de la journée ; vers la nuit vomissement d'une grande quantité de bile verdâtre, mêlée de matières fécales. En explorant l'abdomen avec beaucoup de soin, on découvre d'abord une plénitude et une dureté extraordinaires à la région iliaque droite. L'application de la main provoque un paroxysme de douleur, et on sent s'élever avec une sorte de mouvement érectile une tumeur alongée ; immédiatement après se fait entendre un gargouillement, et la sensation d'un liquide qui descend rapidement vers le point de l'obstruction, phénomène qui se répète deux ou trois fois, jusqu'à ce que le spasme finit par provoquer le mouvement antipéristaltique des intestins.

20 septembre. Les saignées, les purgatifs, les lavemens avec l'infusion de tabac, les fomentations anodines, l'opium à hautes doses n'ont fait qu'aggraver les symptômes. Dans cet état désespéré M. Morril proposa l'insufflation des intestins par l'air atmosphérique comme dernier remède. Le malade placé sur le côté droit, on introduisit la canule d'une paire de soufflets dans le rectum et on commença à opérer doucement l'insufflation. On ne réussit qu'en partie à cause de l'imperfection de l'instrument ; mais à notre grande surprise, le malade se dit être mieux et il ne tarda pas à rendre par l'anus une grande quantité de gaz et le quart d'une pinte d'un liquide très-fétide et sanguinolent. On recommença alors l'insufflation à l'aide d'une meilleure paire de soufflets, et on la continua jusqu'à ce que l'abdomen

fut distendu. Les douleurs n'avaient plus reparu depuis la première insufflation. On recommanda au malade de rester tranquille et de retenir les évacuations autant que possible; il prit en outre une goutte d'huile de croton toutes les deux heures, et au bout de quatre heures un lavement mucilagineux fut administré. Six heures après, les douleurs n'avaient pas encore reparu, et le malade avait eu depuis, deux selles copieuses.

21 septembre. Depuis hier sept garderobes. Sommeil tranquille pendant trois heures. Il survint une inflammation du péritoine assez intense, qui, cependant céda, dans l'espace de quinze jours, au traitement ordinaire.

« L'insufflation de l'air, ajoute M. Wood, dans ses réflexions sur cette observation, est décidément préférable à l'administration d'une grande quantité de lavemens, non-seulement à cause de la légèreté, des propriétés peu ou point irritantes, de l'élasticité et de l'expansibilité de ce fluide. Mais la nature de l'obstacle même ajoute encore aux avantages qu'offre cette médication. La direction du mouvement péristaltique et des alimens ingérés à l'état naturel, se fait de haut en bas, et par cette raison la plupart des cas d'intus-susception suivent la même direction, c'est-à-dire, qu'elles sont le plus souvent *progressives*, et il n'y en a qu'un petit nombre qu'on pourrait appeler *rétrogrades*. Ainsi, en dilatant la stricture, la portion invaginée s'échappera de bas en haut et reprendra de cette manière sa situation normale. »

Dans le n° 32 de la *Gazette médicale de Prusse*, on lit un cas de guérison de passion iliaque par l'insufflation de l'air par la bouche. — Dans le n° 51, de cette année, du même journal, M. Meyer de Crentzburg rapporte plusieurs cas qui attestent les heureux résultats obtenus à l'aide de ce moyen introduit par l'anus. Ce médecin se sert, pour ce qu'il appelle les *lavemens gazeux*, d'une vessie de bœuf ou de porc, munie à son ouverture d'une petite canule.

Obs. Ire Une femme âgée de 52 ans et portant une hernie crurrale, est atteinte de constipation opiniâtre, qui résiste pendant huit jours à tous les moyens ordinaires. M. Meyer est appelé et trouve la malade dans l'état suivant : figure pâle et cave, le front et les mains couverts de sueur froide, respiration accélérée, pouls petit et inégal. La langue est enduite d'un mucus sale et brunâtre; l'haleine fétide; la soif très-intense; l'abdomen dur, ballonné et très-sensible; la tumeur herniaire tendue, dure, immobile et douloureuse au toucher. Vomissemens continuels depuis 23 heures, et depuis à peu près dix heures les matières vomies répandent l'odeur des excrémens. Une saignée, l'application des sangsues, des fomentations froides sur la tumeur herniaire, les bains tièdes, des lavemens de toute espèce, excepté ceux avec la fumée de tabac, les frictions sur le ventre avec la teinture de coloquinte et l'huile de croton, tout est employé sans succès et sans provoquer les garderobes. Les remèdes administrés à l'intérieur, comme, par exemple, le calomel, sont rejetés par les vomissemens; vingt-quatre heures plus tard la malade vomit les excrémens. Le ventre augmente de volume et de sensibilité; le pouls devient intermittent et disparaît presque entièrement sous les doigts; la figure prend l'expression hippocratique. Dans cet état désespérant, où il n'y avait plus rien à attendre de l'opération, M. Meyer se détermina à recourir à l'emploi des lavemens gazeux. Le premier lavement fut sans succès; au bout d'un quart-d'heure on en donna un second. Cinq minutes après, il s'opéra un mouvement dans le ventre, on entendit des borborygmes et la malade laissa échapper par l'anus des vents, dont la sortie fut suivie de beaucoup de soulagement. Un troisième lavement gazeux fut suivi de l'évacuation d'une petite quantité d'excrémens. Les vomissemens cessèrent et l'estomac put bientôt supporter les médicamens. Peu de temps après, la malade était guérie.

Obs. II. — Un sexagénaire était atteint d'une hernie inguinale; la hernie s'étrangle à la suite d'un refroidissement. Les saignées générales et locales, les fomentations, les lavemens, les bains, les frictions sont employés sans succès. Le taxis ne pouvant être mis en usage, on propose l'opération qui est refusée par le malade. On a recours aux lavemens gazeux comme dernière ressource. Le premier et le second ne produisent rien; mais le troisième provoque l'évacuation de quelques excrémens et de beaucoup de vents; le quatrième enfin, donné le lendemain à cinq heures, est suivi de l'évacuation d'une quantité considérable d'excrémens. Le malade commence à revivre; le lendemain il est à peine reconnaissable, tellement l'amélioration a été prompte. Le ventre étant devenu souple on parvient a réduire la hernie avec facilité : en peu de jours la guérison fut parfaite.

Obs. III. — Une dame corpulente, âgée de 38 ans, et aimant la bonne chère, souffrait de constipation habituelle. En avril 1832, la constipation devint très-opiniâtre. Tous les remèdes possibles, employés pendant douze jours furent sans effet. Point de selles; mais bientôt survinrent des renvois, des nausées et des vomissemens, tels que l'estomac ne pouvait plus supporter ni alimens ni médicamens. Le ventre avait pris un volume immense, il était dur et douloureux : la peau froide par tout le corps; la respiration très-gênée; le pouls petit, irrégulier et intermittent; la langue sèche; l'haleine brûlante et fétide. La figure exprimait la plus cruelle angoisse et le désespoir. M. Meyer fit administrer les lavemens gazeux; les trois premiers n'eurent aucun résultat favorable ni défavorable. Le quatrième et le cinquième déterminèrent l'évacuation de quelques vents; la malade en ressentit un soulagement considérable; elle put prendre un peu de lait d'amandes, sans le vomir; le ventre devint plus souple, les douleurs et l'agitation diminuèrent. Elle pouvait se déplacer avec plus de facilité, et se mettre sur le côté. Les lavemens furent administrés de nouveau. A peu près douze heures après l'application du premier, parut, à la suite de quelques coliques et gargouillemens du ventre, une selle abondante. Dès lors il fallut peu pour rétablir entièrement la malade.

Obs. IV. — Un jeune homme de 28 ans tombe malade après s'être exposé à un fort refroidissement. Il pré-

sente des symptômes fébriles, accompagnés d'une constipation opiniâtre qui résiste à l'emploi des sels, du calomel, de l'huile de ricin, de l'huile de croton, aux lavemens, aux bains et aux saignées. Le septième jour de la maladie, l'état du malade étant devenu de plus en plus grave et se compliquant de vomissemens, on a recours aux lavemens gazeux. Déjà après la troisième insufflation il évacue des excrémens endurcis; les vomissemens cessent et le malade marche rapidement vers sa convalescence.

M. Meyer termine cet article en citant encore trois cas de constipation opiniâtre, consécutive au traitement par les frictions mercurielles et qui n'ont pas moins vite cédé à l'emploi de ce genre de lavemens.

BALTIMORE MEDICAL JOURNAL.

Expériences galvaniques; par le docteur Dunbar, de Winchester en Virginie.

Ces expériences ont été instituées sur un pendu, nommé Negro Ben, âgé de 26 ans, et doué d'une constitution athlétique. Cet individu était resté suspendu pendant à peu près 35 minutes; 10 minutes après qu'on l'avait ôté de la potence, le cadavre fût transporté dans le local qui devait servir aux expériences. La batterie galvanique employée à ces expériences était composée de deux cents plaques de Wollaston, chacune de deux pouces carrés, disposées en quatre auges, et communiquant entre elles par des feuilles d'étain.

Le corps fût immédiatement placé sur la table des opérations. L'apparence de la face était très-naturelle, et le cou extrêmement mobile à cause de la séparation de la première et de la seconde vertèbres. On commença par mettre à découvert le nerf pneumogastrique sur les parties latérales du cou. Une longue aiguille d'argent, semblable à celles dont on se sert pour l'acupuncture, fût alors enfoncée à travers les espaces intercostaux dans la substance du cœur, afin de vérifier s'il y restait encore assez d'irritabilité appréciable par le fluide galvanique. En appliquant le pôle positif de la pile au nerf pneumogastrique et le pôle négatif à l'aiguille d'argent, enfoncée dans le cœur, on n'observa aucun mouvement de l'aiguille, qui indiquât quelque action dans cet organe. Mais l'influence de l'action galvanique sur les autres parties était évidente. Les muscles du cou et de la poitrine, surtout le peaucier, le sterno-thyroïdien, le mastoïdien, les intercostaux et les pectoraux offraient des mouvemens convulsifs fort intenses. On observait en même temps un mouvement convulsif à l'épigastre et une contraction des muscles de la gorge, comme dans l'acte de la déglutition. En appliquant le pôle positif au nerf pneumogastrique et le pôle négatif à l'aiguille enfoncée dans le diaphragme, on provoquait des mouvemens convulsifs, qui s'étendaient à la poitrine et au ventre. L'application du pôle positif d'une aiguille, enfoncée dans la région du nerf phrénique, et du pôle négatif à la portion tendineuse du diaphragme, déterminait une agitation du thorax, comparée par une des personnes présentes, au mouvement produit par le hoquet.

Toutes les fois que le pôle positif touchait la substance des nerfs ou des muscles, il la blanchissait à la manière du nitrate d'argent.

L'application du pôle positif au nerf sus-orbitaire et du pôle négatif au-dessous de la paupière inférieure, était suivie d'une sorte de clignotement et en même temps d'une contraction des muscles de la joue, telle qu'on l'observe sur des personnes atteintes de névralgie de la face.

Une aiguille ayant été enfoncée dans le nerf facial, on y appliqua l'un des pôles et l'autre à la joue. Il s'en suivit de légers mouvemens de la face avec distension et contraction des narines, ressemblant beaucoup à l'expression du mépris.

En appliquant le pôle positif au nerf facial, et l'autre pôle à la pointe de la langue, on produisait un mouvement rapide et vibrant de la langue, semblable à celui de la langue d'un serpent furieux. On observait en même temps un gonflement des muscles sous-maxillaires, qui étaient également agités par un mouvement oscillatoire. L'application du pôle aux lèvres produisait un effet semblable à celui d'un homme qui parle sourdement.

Le nerf médian du bras fût mis à découvert et on pratiqua une incision au milieu du petit doigt. Le pôle positif étant appliqué au nerf et le pôle négatif au doigt, le bras se soulevait de sa position horizontale avec une force extraordinaire, telle qu'il fallait des efforts considérables de la part de l'opérateur, pour le retenir. Il semblait que la main du cadavre faisait des efforts, pour se délivrer de la main de l'opérateur; laissée en liberté, elle frappait avec violence contre la poitrine. Les muscles du bras étaient contractés au point d'indiquer distinctement par leur gonflement les lignes de leur démarcation. Pendant quelque temps l'avant bras continua à rester dans sa position fixée et à présenter un mouvement tremblant tel qu'on l'observe sur les membres d'un animal immédiatement après qu'il a reçu un coup à la tête; les doigts étaient en même temps fermés. Cette expérience fût répétée plusieurs fois et suivie des mêmes résultats.

L'application du pôle positif au nerf annulaire (*nerv. ulnaris*) et du pôle négatif au petit doigt donnait lieu à un mouvement rapide et alternatif des doigts, comme lorsqu'on joue de la flûte.

La communication de la moelle épinière et du cœur par l'intermédiaire du courant galvanique ne produisait pas d'effet notable, sauf le tremblement des muscles du cou et de la poitrine.

En établissant un courant galvanique entre une aiguille enfoncée dans le nerf sciatique et une autre enfoncée dans la rotule, on provoquait une action spasmodique des gros muscles de la cuisse. L'effet était plus marqué lorsqu'un des pôles était appliqué à la malléole interne et l'autre à la rotule. Là finirent les expériences.

EDINBURGH MEDICAL

AND

SURGICAL JOURNAL

Sur l'existence d'une matière carbonisée dans les poumons ; par le Dr Graham.

M. Pearson a démontré dans un mémoire fort remarquable *sur la matière colorante des glandes bronchiques noires*, (mémoire qui n'a pas reçu de la part des physiologistes toute l'attention qu'il mérite), que ces glandes peuvent dans certains cas, contenir une quantité considérable de matière carbonisée noire, qui, déposée dans les poumons par l'acte de la respiration, s'y accumule pendant la vie. On obtient cette matière, en mettant les glandes bronchiques noires en rapport avec la potasse caustique ou avec l'acide nitrique, qui détruit toutes les matières organiques. Les glandes bronchiques rouges n'en fournissent pas. La matière noire forme une poudre insipide et insoluble dans les acides nitrique, muriatique et peut-être dans tous les acides, sauf l'acide sulfurique. Brûlée, elle forme de l'acide carbonique et possède toutes les propriétés de la suie.

M. Pearson croit que cette matière fuligineuse provient de l'air inspiré, et se dépose d'abord dans les canaux bronchiques et dans les vésicules aériennes; de là elle est résorbée par les vaisseaux lymphatiques et déposée plus tard dans les glandes bronchiques, qu'elle noircit.

M. Gregory a rapporté un cas de coloration noire générale des poumons observé sur un mineur de houilles; la matière carbonique qu'on a trouvée en abondance dans les poumons chez cet individu, a été soumise par M. Christison à un examen chimique; et ce dernier a trouvé que les acides muriatique et nitrique, qui, du reste, détruisent toutes les matières organiques, n'attaquent pas cette matière, d'où il résulte qu'elle ne peut provenir d'une sécrétion.

M. Graham a rassemblé plusieurs cas qui constatent l'existence de la matière carbonique dans les poumons. Ces cas sont au nombre de sept. Nous nous contenterons de rapporter le cas observé par Laurie et les deux observations de Buchanan.

I. John Brown, âgé de 48 ans, mineur, subit le 26 juin l'amputation de la cuisse au-dessus du genou pour une fracture compliquée du fémur; le 29, il se plaignit de douleurs de poitrine qu'on attribua à une côte fracturée: malgré la saignée et l'emploi d'autres remèdes, les douleurs augmentèrent et le malade succomba le 30 juin. A l'autopsie, on trouva un peu de sérosité sanguinolente épanchée entre la plèvre et les poumons des deux cavités de la plèvre; la plèvre pulmonaire était couverte de quelques exsudations fibrineuses, les 2me, 3me, 4me et 5me côtes fracturées, et la plèvre costale déchirée. Les poumons étaient tout à fait noirs; la matière colorante noire s'y trouvait en grande quantité; 220 grains de poumon contenaient 22,46 grains de matière carbonisée. Les cas suivans, rapportés par Buchanan, prouvent que cet état extraordinaire des poumons peut exister longtemps sans donner des signes de son existence, et sans altérer la santé des individus qui en sont affectés.

II. Un mineur, âgé de 40 ans, meurt par suite d'une fracture des os du bassin. Pendant cinq jours qu'il se trouve en traitement, on n'observe pas la plus légère trace d'une affection de poitrine. A l'autopsie on trouve dans les deux poumons cette espèce de dépôt carbonique, que M. Carswell a désigné sous le nom de *fausse mélanose.*

III. John Lynll, ingénieur, âgé de 29 ans, tombe le 30 juin d'une hauteur de 15 pieds sur le dos, et se fracture la dernière vertèbre dorsale. Cet accident est suivi de la paralysie des extrémités inférieures, et le 7 juillet le malade meurt. A l'autopsie, on trouve dans la poitrine les mêmes phénomènes que ceux observés dans le cas précédent, sans qu'on ait jamais remarqué pendant la vie le moindre symptôme de maladie de poitrine.

M. Graham tire de ces observations les conclusions suivantes :

« 1° La matière noire, trouvée dans les poumons, n'est pas le produit d'une sécrétion, mais elle vient du dehors; et ce qui le prouve, c'est qu'elle diffère dans ses propriétés de toutes les autres matières noires d'origine organique. C'est ainsi que, par exemple, le *Pigmentum nigrum* du bœuf, broyé dans un mortier avec l'eau chlorurée, perd tout à fait sa couleur et ne laisse après lui que quelques taches blanches. La préparation du fluide noir du *Sépia* blanchit de même, lorsqu'on le traite par le chlore. La matière noire des poumons, au contraire, ne blanchit point et n'éprouve pas d'altération par l'action du chlore, même lorsque les poumons ont déjà passé à l'état de putréfaction par l'action de l'air atmosphérique.

» 2° Cette matière hétérogène diffère dans différens poumons. Dans les cas, où on l'a soumise à l'analyse, elle paraît avoir été entièrement analogue à la suie.

3° Cette accumulation de matière carbonique, qui, d'après M. Pearson, se trouve plus ou moins abondante

dans chaque individu, peut être très-considérable sans que la santé en soit altérée. Dans les cas rapportés par M. Laurie et Buchanan, les individus chez lesquels cet état pathologique a été observé, étaient sains et vigoureux, et n'étaient sujets ni à la toux, ni à l'expectoration de matières noires. »

Remarques sur la fausse mélanose, extraites d'une lettre de M. William Craig à M. T. Graham.

J'ai l'honneur de vous communiquer mes observations sur la fausse mélanose, afin que vous puissiez juger si cette matière est le résultat d'une sécrétion morbide ou si elle est déposée dans les poumons pendant l'acte de l'inspiration. D'après les meilleures autorités en anatomie pathologique, cette matière noire se trouve dans les poumons sous trois conditions : 1° A l'état naturel comme *matière noire pulmonaire* (Laënnec) : 2° comme sécrétion morbide (*véritable mélanose*) ; et 3° comme substance hétérogène (*fausse mélanose*). Ce ne sont que les deux dernières conditions qui sont morbides et donnent naissance à différens phénomènes, en raison de la quantité de matière noire déposée dans les poumons et de la nature du tissu où elle se trouve. Cette division me parut être juste et fondée sur l'observation, lorsque je portai pour la première fois mon attention sur ce sujet. Mais après avoir fait beaucoup d'autopsies, surtout de vieillards qui mouraient à la maison des pauvres de cette ville, je changeai d'opinion, et ces explications me parurent plus théoriques que pratiques. Je remarquai que cette coloration noire des poumons se rencontrait fréquemment chez ces sujets, et que, dans un grand nombre de cas, il était impossible de décider, si la teinte noire provenait d'une augmentation de la matière noire naturelle, ou d'une sécrétion morbide, ou d'une substance hétérogène. Suivant Laënnec, l'eau ferait plus vite disparaître de la main la tache produite par la masse noire de la mélanose, que celle produite par la masse noire trouvée dans les glandes bronchiques. Cependant ce moyen de diagnostic ne soutient pas l'épreuve ; j'ai trouvé plusieurs fois qu'une tache passe aussi facilement que l'autre.

La raison, pour laquelle l'une de ces substances adhère plus que l'autre, est que dans les glandes elle est mêlée à une matière grasse. Instruit par l'expérience, je considère toutes les matières noires dans les poumons comme morbides. Le poumon n'est pas parfaitement sain, dès que l'air n'y pénètre pas partout ; il y a donc maladie, lorsque la matière noire s'accumule dans un point et même qu'elle n'obstrue qu'une seule vésicule aérienne. On la trouve en plus ou moins grande quantité dans les poumons de presque tous les adultes. Aussi longtemps qu'elle est en petite quantité, elle n'occasionne pas de phénomènes morbides ; mais dès que cette matière s'accumule au point d'obstruer les vésicules pulmonaires, la respiration devient gênée et difficile. En examinant les poumons à différentes périodes de la vie, nous trouvons que la quantité de matière noire augmente en raison de l'âge. A l'âge de 10 ans, elle paraît à la surface externe des poumons et dans les espaces interlobulaires. A l'âge de 30 à 40 ans, nous remarquons aux poumons une teinte grisâtre ou tachetée, et les glandes bronchiques contiennent plus ou moins de matières noires. A l'âge de 70 à 100 ans, les poumons sont ordinairement infiltrés de matières noires liquides qui se laissent exprimer par les doigts à la surface des coupes et qui noircissent la main. Il résulte de ce qui précède que la matière noire, regardée par d'autres comme compatible avec l'état physiologique, augmente en raison de l'âge, et peut s'accumuler au point d'obstruer les vésicules pulmonaires et rendre difficile l'accomplissement de la respiration. Lorsqu'elle ne se trouve qu'en petite quantité, on l'appelle *matière noire pulmonaire;* en grande quantité elle est appelée *mélanose.*

Beaucoup de circonstances favorisent l'accumulation de cette matière dans les poumons, tel, par exemple, le long séjour dans une atmosphère remplie de fumée, de vapeur de charbon, de poussière de houille ; c'est pour cette raison qu'on la rencontre si souvent chez les mineurs et les ouvriers, employés dans les fonderies de fer. Il n'y a pas de doute que nous inspirons des substances étrangères avec l'air atmosphérique. La mucosité amassée pendant quelque temps dans les cavités nasales est d'une couleur foncée, et en l'examinant à l'aide du microscope, nous trouvons que cette couleur provient de son mélange avec des particules de poussière ou d'autres substances étrangères, qui se trouvent accidentellement mêlées à l'air atmosphérique.

Ces faits prouvent, 1° que nous inspirons des substances qui se trouvent dans l'atmosphère ; 2° que la muqueuse des voies aériennes, sécrétant continuellement un fluide visqueux, a la faculté d'expulser ces particules hétérogènes. Or, si la muqueuse perd cette faculté sécrétoire par l'effet de maladie, il s'en suit que les particules s'y attachent et y sont retenues. Telle me semble être la cause pour laquelle plusieurs personnes sont plus sujettes que d'autres à l'accumulation de matières noires dans les poumons ; et je crois que tous les cas de ce genre observés sur des mineurs et des sculpteurs ont été précédés d'une affection pulmonaire, qui a empêché la libre expulsion des substances hétérogènes. Ne se pourrait-il pas que l'état tuberculeux ou caverneux des poumons favorisât la rétention des matières noires ?

Conformément à l'opinion que nous venons d'émettre, les matières noires peuvent se déposer de deux manières dans les poumons : 1° par l'effet d'une sécrétion morbide ; 2° par l'accumulation d'une substance hétérogène, inspirée avec l'air atmosphérique.

Autant que la première de ces affections est rare autant la dernière est fréquente. Je crois que la véritable mélanose paraît ordinairement sous forme de tumeurs arrondies, et tout à fait noires, qui, incisées, ne pré-

sentent pas de traces de vésicules aériennes ; tandis que dans la fausse mélanose la matière noire est plus généralement répandue dans le parenchyme et s'en écoule en abondance, lorsqu'on le presse entre les doigts. Les poumons offrent encore de la crépitation et surnagent dans l'eau ; mais dès que les matières noires s'y amassent, ils gagnent en consistance et ressemblent à la tourbe humide : par exemple, chez les mineurs qui succombent à cette affection. Chez ces derniers, ainsi que chez les sculpteurs et d'autres individus qui respirent de grandes quantités de matières noires, les poumons sont tout à fait solides. Mais dans la plupart des cas les poumons, quoique renfermant une quantité considérable de matières noires, sont encore perméables à l'air. On s'assure le mieux de la situation exacte de la matière noire, en faisant préalablement insuffler et dessécher le poumon, et en le coupant en morceaux dans diverses directions. On voit facilement, à l'œil nu, sur un poumon préparé de cette manière, les cellules aériennes, et l'on peut, à l'aide du microscope, apercevoir distinctement la distribution de la matière noire. Je possède des poumons préparés de cette manière pris d'individus de différens âges, et je trouve que la quantité des matières noires augmente en raison de l'âge. Chez les enfans les vésicules sont rougeâtres ou transparentes, tandis que chez les vieillards elles sont remplies de matières noires. Je possède un morceau de poumon d'un mineur, devenu tout à fait solide par l'infiltration de matières noires, et offrant à l'incision une surface parfaitement noire sans traces de vésicules aériennes ou de tuyaux bronchiques. Je possède un autre morceau de poumon emphysémateux et desséché, qui, par suite de la dilatation des vésicules aériennes, présente d'une manière très-évidente la distribution des matières noires. La surface de la coupe présente une apparence grisâtre et marquetée, parce que les matières noires ne sont pas également distribuées. En examinant avec soin les vésicules aériennes distendues, on trouve leur surface interne enduite de matière noire, qui se laisse facilement enlever avec le dos du scalpel et qui, lorsqu'elle est humectée, noircit les doigts. Vue au microscope, cette matière offre la forme de petits globules noirs. L'individu sujet de cette observation, était âgé de 90 ans.

RUST MAGAZIN

FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Recherches chimiques et physiologiques sur le sang de la veine-porte; par le docteur Schultz, à Berlin.

On est généralement d'accord sur les altérations du sang de la veine-porte dans diverses maladies des viscères abdominaux, altérations prouvées par l'aspect de ce liquide et ses qualités intimes, qui sont essentiellement différentes de celles du sang artériel et veineux. La nature de cette partie du liquide circulatoire reste néanmoins enveloppée de mystère et il nous est difficile de donner une explication satisfaisante des phénomènes qui semblent annoncer une vitalité particulière de ce système, par exemple, comment il se fait que la circulation abdominale éprouve des retards et que le sang peut rester en stagnation, en même temps que la circulation continue sans obstacle dans toutes les autres parties centrales et périphériques du système vasculaire. Applaudissons donc aux efforts de l'auteur, qui a entrepris la tâche de nous éclairer par de nombreuses recherches sur les propriétés spécifiques du sang de la veine-porte et sur les phénomènes physiologiques qui en sont la conséquence nécessaire; mais il est à regretter qu'à cause de la difficulté d'obtenir des quantités suffisantes de sang artériel et veineux et de sang de la veine-porte, les expériences comparatives ont dû se limiter à celles faites sur les chevaux. Le travail de M. Schultz n'est encore occupé que par la partie chimique de ces recherches intéressantes, faites avec la plus grande exactitude, et méritant par conséquent toute notre confiance.

Aspect extérieur du sang de la veine-porte.

Le sang de la veine-porte est en général d'une couleur plus foncée que le sang veineux, bien que cette différence n'est pas toujours aussi apparente. Il était plus foncé, lorsque les chevaux sains, dont on le prenait, étaient à jeûne; lorsqu'ils avaient bien mangé, il approchait davantage de l'aspect du sang veineux. Mêlé avec du sel culinaire et du sel de nitre, ce qui donne de suite au sang veineux un rouge clair, il ne subit pas le moindre changement. L'air atmosphérique et le gaz oxygène étaient également sans influence. L'éther sulfurique le colorait au contraire en rouge pourpre et le rendait tout à fait transparent.

Mode de coagulation du sang de la veine-porte.

Les expériences de MM. Tiedemann et Gmelin semblent ne pas s'accorder avec l'observation faite sur le cadavre où le sang de la veine-porte se trouve toujours à l'état liquide, de sorte que jusqu'ici on n'avait pas admis qu'il put être à l'état de coagulation. Ces physiologistes l'ont vu cependant à l'état frais se prendre en masse, ce qui leur a fait rejeter la différence qu'on a voulu établir entre ce liquide et le sang veineux. Les expériences de M. Schultz prouvent au contraire, ou que le sang de la veine-porte ne se coagule pas du tout, ou que si ce phénomène a lieu, sa coagulation n'est jamais aussi parfaite que celle du sang veineux. Dans ce dernier cas le caillot ne tarde pas à se liquéfier de nouveau en partie ou entièrement, en formant un sédiment noir, mais sans gâteau bien lié nageant dans la sérosité limpide.

La saveur du sang de la veine-porte ne différait pas notablement de celle du sang veineux, sauf qu'elle était un peu plus nauséabonde, sans être amère.

Quantité de fibrine ou de lymphe plastique dans le plasma (1) *du sang de la veine-porte.*

Quoique la coagulation imparfaite du sang de la veine-porte fit présumer que son *plasma* contenait une plus petite quantité de fibrine, on en trouva encore, après l'avoir bien pétri et lavé plusieurs fois, à l'état humide 5,23 p. c., et à l'état sec 0,74 p. c. de moins que dans le sang artériel et veineux. Mais à l'aide de l'agitation, le sang de la veine-porte donna 1,9 p. c. de fibrine humide et 0,42 p. c. de fibrine sèche de moins que le sang artériel et veineux.

Le sang de la veine-porte contenait en général un peu *moins de parties solides*, que le sang artériel et veineux. La différence cependant était très-peu considérable (0,3 à 0,18 p. c.).

Quantité des parties solides (albumine et sels) dans la sérosité du sang de la veine-porte.

La sérosité est limpide, tant sur les chevaux à jeûne que chez ceux qui ont mangé. Quand on leur a donné beaucoup d'avoine, elle n'offre pas l'aspect laiteux, quoique la sérosité du chyle est entièrement laiteuse. Terme moyen, elle contenait 1,58 p. c. moins de parties solides que la sérosité du sang artériel et 0,80 p. c.

(1) Pour mieux distinguer les parties du sang *vivant*, des parties chimiques constituantes obtenues par l'effet de la *coagulation*, l'auteur désigne sous le nom de *plasma sanguinis*, la partie plastique du sang vivant.

moins que le sang veineux. La sérosité du sang de la veine-porte desséchée était de couleur gris de cendre, celle du sang veineux jaune verdâtre, et celle du sang artériel jaune.

Quantité de cruor.

Le sang de la veine-porte contient en général plus de cruor et moins d'albumine. L'inverse a lieu pour le sang artériel et le sang veineux, qui contiennent constamment plus d'albumine et moins de cruor. Proportion moyenne : le sang de la veine-porte contenait 9,68 p. c. de cruor et 8,91 p. c. d'albumine ; le sang veineux 8,08 p. c. de cruor et 10,65 p. c. d'albumine, et le sang artériel 7,48 p. c. de cruor et 9,53 p. c. d'albumine. Le cruor desséché du sang de la veine-porte est d'un gris brunâtre et sale, celui du sang veineux est rouge foncé, et celui du sang artériel rouge clair. L'hématose étant augmentée par une bonne nourriture, les proportions de fibrine et d'albumine augmentent aussitôt aussi, tandis que la quantité de matière colorante semble diminuer. D'autre part, dès qu'il y a trouble dans la respiration, la quantité du cruor s'accroît presqu'instantanément dans le sang artériel et sa couleur devient plus foncée, tandis que les proportions de l'albumine dans la sérosité ne changent guère.

Quantité de graisse dans le sang de la veine-porte.

Elle mérite d'autant plus notre attention qu'elle peut fournir des données très-importantes sur les rapports qui existent entre les propriétés chimiques du sang de la veine-porte et la sécrétion de la bile, riche en principes graisseux et carbonisés. Les parties solides du sang de la veine-porte contiennent presque le double de principes graisseux (1,66 p. c.) que le sang artériel (0,92 p. c.) et le sang veineux (0,83 p. c.). La graisse du sang de la veine-porte est brune noirâtre, huileuse, celle du sang artériel et veineux blanc ou blanc-jaunâtre et crystalline. La sérosité desséchée du sang de la veine-porte ne fournit que 0,27 p. c. en plus de graisse que la sérosité du sang artériel et veineux. Le cruor, mêlé avec l'albumine, fournit 1,11 p. c. plus de graisse, que celui du sang artériel, et 1,21 p. c. plus que celui du sang veineux. La fibrine desséchée du sang de la veine-porte offrit la différence la plus notable ; elle contenait 10,7 p. c. de graisse, et celle du sang artériel en contenait 2,34 p. c.; or, il y avait 8,36 p. c. plus de graisse dans le sang de la veine-porte. La sérosité du chyle fournit 15,43 p. c. de graisse.

KLEINERT'S REPERTORIUM

Remarques sur la transplantation de la cornée transparente, ou kératoplastique, et sur l'opération de la pupille artificielle dans la sclérotique ou sclérectomie; par le docteur R. Stilling.

Lorsqu'il s'agit d'éloigner de l'axe visuel un corps opaque afin de laisser pénétrer les rayons lumineux jusqu'à la rétine, l'ophthalmiatrie opératoire peut venir au secours, si la cornée a conservé sa transparence en tout ou en partie. Mais elle est restée impuissante jusqu'à présent, lorsqu'il existe un obscurcissement total de la cornée. — Différens essais néanmoins ont été tentés pour obvier à ce genre de lésion de la vue, parmi lesquels nous signalerons surtout deux modes opératoires proposés à cet effet, savoir : 1° la *kératoplastique* et 2° la *formation d'une pupille artificielle dans la sclérotique.* Quant à la kératoplastique c'est Reissiger (1) qui le premier a eu l'idée de mettre à la place de la cornée opaque, chez l'homme, une partie de la cornée saine d'un animal, de manière que cette dernière pût se réunir organiquement avec les bords de l'ouverture excisée. A la même époque, mais sans connaître les idées de Reissiger, Moesner (2) ayant également essayé l'opération de la kératoplastique, arriva par une suite d'expériences, à cette conclusion, que la cornée même, lorsqu'elle n'est pas encore entièrement séparée ne se réunit plus avec l'œil auquel elle appartenait primitivement et que par conséquent elle forme d'autant moins adhérence avec un autre œil. Dieffenbach (3) après un grand nombre d'expériences faites à cet effet sur les animaux arriva au même résultat, et dès lors il ne resta que peu d'espoir de mettre à profit l'idée de Reissiger.

Le hasard a fourni à l'auteur l'occasion de prouver jusqu'à l'évidence qu'un morceau entièrement séparé de la cornée d'un animal transplanté dans la pupille artificielle d'un autre animal peut se réunir organiquement avec la conjonctive et la sclérotique, sans perdre beaucoup de sa diaphanéité. Dieffenbach prétend et M. Stilling semble partager son opinion, que le suintement de l'humeur aqueuse à travers les bords de la plaie est la cause principale qui empêche la réunion de la cornée nouvellement implantée. Ainsi, si l'on essaie la kératoplastique à l'avenir, il faudra remédier à cet obstacle de la réunion en détournant des bords de la plaie l'humeur aqueuse d'une manière ou d'autre. M. Stilling propose d'effectuer d'abord, au moyen de la suture à points séparés, la réunion de la cornée nouvellement implantée avec les bords du reste de l'ancienne cornée d'une manière tellement intime qu'il n'existe plus d'interstice par lequel l'humeur aqueuse puisse s'échapper, et d'entretenir de l'autre part un écoulement continu de l'humeur aqueuse par une ouverture pratiquée dans la sclérotique jusqu'à la parfaite agglutination de la cornée.

Pour rendre possible une réunion aussi exacte et que M. Stilling croit nécessaire au succès de l'opération, il est préférable de se servir, pour la suture de cheveux humains au lieu des fils de soie. Les cheveux sont plus égaux, plus lisses, et n'irritent guère l'œil. L'auteur se sert, pour introduire le cheveu, d'une aiguille aussi fine que possible, munie d'un manche en demi-cercle et percée très-près de sa pointe; elle ressemble à l'aiguille employée par Graefe pour la rhinoplastique. La suture faite, on coupe les bouts des cheveux très-près des nœuds. Une incision faite dans la sclérotique par le kératotome et répétée en cas de besoin, suffira pour donner issue à l'humeur aqueuse. Le même but sera peut-être rempli par l'application d'un fil de soie en forme de séton.

Faut-il transplanter toute une cornée ou suffit-il d'un morceau de la grandeur d'une pupille naturelle? Il est plus facile de transplanter un petit morceau de la cornée que la cornée entière. Cette dernière ne conservera jamais toute sa transparence, tandis qu'une partie de la cornée restera toujours plus ou moins diaphane.

Quant à l'opération de la pupille artificielle dans la sclérotique, M. Stilling l'a pratiquée avec succès dans deux cas; et voici les résultats de ses expériences :

1. On peut faire la sclérectomie une ou plusieurs fois chez l'homme, sans nuire à la vision.

2. L'opération n'est pas absolument contre-indiquée par la synchysis de l'humeur vitrée ou par l'hydrophthalmie commençante.

3. La sclérectomie n'occasionne pas des accidens graves dans la métamorphose de l'œil, elle ne donne pas lieu à une phlegmasie trop intense.

4. La sclérectomie n'a pas seulement l'avantage d'augmenter la sensation de la lumière; elle rend effectivement la vue à l'individu opéré.

5. L'inflammation traumatique une fois passée, la pseudo-membrane formée dans la pupille sclérotique ne s'obscurcit pas progressivement en raison de l'âge du sujet.

(1) *Baiersche Annalen,* 1824. Vol. 1, cah. 1, p. 209-215.

(2) F. H. Moesner, *Diss. inaug. chirurg. de conformatione pupillæ artificialis,* Turbingen, 1823.

(3) V. Ammon, *Zeitschrift fuer Ophthalmologie,* vol. 1, liv. 2, p. 175.

MEDICINISCHE ZEITUNG

IN PREUSSEN.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX MILITAIRES.

—

1° *L'Aristolochia rotunda, employée comme moyen dans le traitement des fièvres intermittentes.*

Des expériences faites dans deux grands hôpitaux militaires, ont prouvé que ce remède, recommandé par le docteur Biermann (*Journal de Hufeland*, mai 1834), ne possède pas les vertus qu'on lui avait attribuées. On en fit d'abord l'essai à l'hôpital de Stettin, sur dix fiévreux : on l'administra en poudre délayée dans de l'eau, trois heures avant l'accès ; les doses, au nombre de trois, étaient d'un gros et demi chacune et se réitéraient d'heure en heure. Chez deux des malades l'accès disparut deux ou trois fois, mais revint ensuite. Chez les huit autres la fièvre n'offrit aucun changement. Il est bon de faire observer que les malades vomissaient ordinairement cette poudre, qui a la couleur, la saveur et l'odeur de l'ipécacuanha.

A l'hôpital militaire de Neisse, ces expériences s'étendirent à 71 fiévreux ; la fièvre cessa chez dix de ces malades, mais huit d'entre eux éprouvèrent des rechutes six semaines après ; de sorte que, sur 81 malades traités par l'Aristoloche, deux seulement parvinrent à une guérison radicale.

2° *Traitement des bubons indurés, par la solution de sublimé corrosif.*

Les effets de la solution du sublimé corrosif, recommandée par Ricord (un scrupule de sublimé sur une once d'eau) ont été constatés dans le traitement d'un bubon syphilitique et d'un bubon rhumatismal, dont on avait envain tenté la résolution et la suppuration par les remèdes ordinaires. On eût recours à une dissolution de 15 grains de sublimé sur 1 once d'eau qu'on appliqua en compresses, plusieurs fois par jour, sur ces glandes indolentes et indurées. Au bout de deux jours l'épiderme de la tumeur s'éleva avec de vives douleurs, en forme de phlyctènes ; toute la surface du derme s'excoria et les indurations glandulaires se résolurent complétement en 8 à 10 jours.

3° *Emploi de la créosote dans le traitement des condylomes.*

L'emploi externe de la créosote, dans le traitement de condylomes anciens et rebelles, a souvent été très-utile et a suffi pour faire disparaître ces altérations.

4° *Traitement de la salivation mercurielle par l'iode.*

On a constaté, chez un malade vénérien atteint de ptyalisme, à la suite d'un traitement mercuriel, les effets de l'iode, recommandé dans ce cas par le professeur Helmenstreit. Vingt gouttes de la teinture, divisées en quatre doses égales, suffirent pour faire cesser, en 36 heures, la salivation.

Nouvelle méthode pour conserver pendant quelque temps à l'état liquide, le sang servant à la transfusion ; par le professeur Schultz.

Hewson a observé que lorsqu'on lie les vaisseaux d'animaux vivans et qu'on préserve ainsi du contact de l'air atmosphérique le sang qu'ils renferment, il ne se coagule qu'au bout de 5 à 6 heures. D'après des expériences nouvelles de M. Schultz, il n'est pas même nécessaire que ces tubes vasculaires, qui contiennent le sang, restent attachés à l'animal, afin qu'ils soient couverts par le derme : il est également inutile de les conserver dans l'huile : lorsque leurs extrémités sont bien liées, on peut les séparer de l'animal et même les exposer à l'air, sans que le sang qu'ils renferment, se coagule pour cela plus promptement. Hewson n'a rapporté que des expériences faites sur les veines. M. Schultz les a aussi répétées sur les artères des chevaux et des chiens, et il a trouvé que ces dernières s'y prêtent même mieux que les veines. M. Hewson a déjà fait remarquer que c'est surtout par la soustraction du contact de l'air atmosphérique, qu'on prévient la mort et la coagulation du sang. Il est donc à présumer que, renfermé frais dans d'autres membranes organiques, ce fluide n'en conserverait pas moins bien de sa fluidité vitale. C'est en effet ce que prouvent les expériences de M. Schultz ; il se sert d'intestins bien lavés et provenant d'animaux tués récemment ; il les coupe en morceaux de 8 à 10 pouces de longueur ; après en avoir lié une extrémité, il en exprime l'air avec soin, et met l'extrémité ouverte en rapport avec un entonnoir de verre, dans lequel il recueille le sang, au moment où il sort de la veine. Dès que le boyau en est rempli, il en lie de même l'autre extrémité en ayant soin d'empêcher l'air d'y pénétrer. On peut transporter à l'air ces morceaux d'intestins ; le sang ne se coagule même pas, par l'effet du refroidissement, avant 2 à 3 heures. Lorsqu'on veut en pratiquer la transfusion, on le fait passer dans une seringue.

Les membranes des intestins du mouton sont trop minces pour être imperméables à l'air, à moins qu'on ne les prenne doubles. Les intestins de chien, de bœuf, même de veau sont préférables. Il faut aussi agiter de temps en temps le boyau, afin que le cruor ne se sépare point de la lymphe. Mais quand même on négligerait cette précaution, il serait facile d'opérer le mélange de ces deux élémens et de ramener ainsi le sang à son état primitif.

Cicatrisation des ulcérations intestinales; par le professeur Berndt, à Greifswalde.

Bien qu'il soit prouvé par des observations que, dans les fièvres typhoïdes les ulcères des intestins sont susceptibles de se cicatriser, on ne connaît cependant pas encore de fait anatomique propre à constater que ce travail de guérison s'est étendu à un grand nombre d'ulcères. L'observation suivante répandra peut-être quelques lumières sur ce sujet.

Un ouvrier paveur, âgé de 40 ans, atteint d'une fièvre gastrique nerveuse, négligée jusqu'alors et parvenue à son plus haut dégré, entre, le 20 octobre, dans les salles de la clinique interne. Son état requiert l'emploi de doses très-élevées de camphre; il en prend pendant quelque temps 60 grains par jour; les phénomènes morbides cèdent à cette médication et le malade entre en convalescence. L'amélioration continue pendant plusieurs jours, lorsque tout à coup il se déclare une toux sèche avec fièvre hectique, oppression du côté droit de la poitrine, et difficulté de se coucher sur ce côté. Cet état alternant avec un bien-être supportable et ne présentant aucune trace de l'ancienne affection typhoïde, persiste jusqu'au 8 novembre; ce jour-là, le malade après avoir pris son repas et s'être couché, est tout à coup saisi d'une oppression violente de poitrine et meurt subitement.

A l'autopsie, faite le lendemain, on trouve comme cause de la mort, la rupture d'une grande vomique qui s'est ouverte dans le côté droit de la poitrine. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule de sa cavité une petite quantité de sérosité limpide. Le tube intestinal ne présente pas d'altération à l'extérieur; le foie est assez volumineux, au reste normal. La muqueuse de l'estomac, depuis son ouverture cardiaque jusqu'à son fond, un peu injectée; la muqueuse du duodénum évidemment rouge, surtout aux rebords des valvules conniventes. La même apparence se fait remarquer dans le jéjunum, qui est rempli de mucosité visqueuse et verdâtre. A mesure qu'on s'approche de l'iléum, on rencontre les traces d'anciens ulcères. Dans l'iléum et dans le cœcum on en compte plus de soixante. La muqueuse a disparu sur ces points, comme si elle avait été emportée par le scalpel; les bords sont lisses et tranchés, où ils sont taillés à pic et se perdent insensiblement dans le tissu sous-jacent. Les uns et les autres sont cicatrisés; ni les bords ni le fond ne présentent de trace d'ulcération; le fond au contraire, est lisse et couvert de couches minces de tissu cellulaire. Il y a plusieurs de ces ulcères cicatrisés, dont les bords sont gonflés, de sorte que le fond paraît être creux; il y en a d'autres dont les bords sont déjà tout à fait aplatis et se perdent dans le tissu cellulaire sous-jacent. Le tissu cellulaire du fond est dense, à l'instar de celui des cicatrices. Ces anciens ulcères sont de forme ovale ou arrondie; quelques-uns se touchent et se confondent. Leur grandeur varie depuis le diamètre d'un pois jusqu'à celui d'un demi-franc. Ils sont plus nombreux autour de la valvule iléo-cœcale, où la muqueuse est aussi plus rouge qu'ailleurs.

Il résulte des observations précédentes que ce n'est pas par des granulations, qui bourgeonnent de leur fond, mais bien par la cicatrisation des bords que les ulcères des intestins guérissent; ces bords, bien tranchés, sont d'abord gonflés; plus tard ils s'aplatissent et finissent par se perdre insensiblement dans la couche celluleuse qui s'est formée au fond de l'ulcération. Or, il y a toujours défaut de muqueuse là où l'ulcère a existé. Cette observation prouve en outre, que le travail de la guérison est encore possible, quand même le nombre des ulcères aurait été considérable; circonstance qui n'est pas peu importante pour le pronostic de cette maladie.

(Nous trouvons dans le Journal hebdomadaire de Casper un cas presque analogue au précédent, et rapporté par Cramer, dans lequel les phénomènes de la cicatrisation des ulcères intestinaux ressemblent tout à fait à ceux rapportés par M. Berndt. M. Cramer décrit ces cicatrices « comme formant des fossettes plus ou moins grandes, lisses, blanc-jaunâtre, et entourées de bords circonscrits. Il y en avait jusqu'à 170. Le malade était mort à la suite d'une laryngite, longtemps après que le typhus avait parcouru ses périodes. »)

MEDICINISCHE JAHRBUECHER

DES

ŒSTERREICHISCHEN STAATES.

Observations de grossesse extra-utérine; par J. Hinterberger, professeur de l'art des accouchemens à Linz.

Depuis 16 ans que l'auteur de ce mémoire, professeur de l'art des accouchemens, exerce cette partie, il n'a eu l'occasion d'observer que deux cas de *véritable grossesse extra-utérine,* tandis qu'il en a rencontré plusieurs cas *illusoires et douteux.* Le *premier* des trois cas illusoires rapportés par l'auteur, est celui d'une grossesse utérine ordinaire; l'illusion provenait de la forme extraordinaire du ventre, dont toutes les parties proéminentes étaient refoulées vers le côté gauche, où l'on sentait avec facilité et distinctement les parties de l'enfant. La tête était profondément descendue dans le bassin, et le médecin de la malade ne put parvenir à trouver l'orifice utérin. — Dans un *second* cas, il y eût dégénération de l'ovaire droit avec rétroversion de de l'utérus, *sans grossesse,* quoique celle-ci eût été présumée. — Le *troisième* cas fut enfin celui d'une personne non mariée qui simula une grossesse, parce que son amant lui avait promis de l'épouser si cet événement se réalisait. Cette personne réussit à tromper le médecin et la sage-femme, en augmentant tellement la proéminence de son ventre qu'on la crut enceinte; on s'y laissa aller d'autant plus facilement que, possédant une extrême mobilité des muscles abdominaux, elle imitait parfaitement les mouvemens de l'enfant. L'auteur découvrit l'imposture, tant par le toucher qu'en faisant coucher cette personne sur le dos, les cuisses fléchies, position qui fit disparaître immédiatement le gros ventre et les prétendus mouvemens de l'enfant.

De deux cas *douteux,* observés par l'auteur même, le premier est celui d'une femme, mariée depuis plusieurs années et dont on attendait avec impatience la grossesse, dans un intérêt de succession. La dame, tout en se croyant enceinte, conserve ses menstrues, circonstance qui donne lieu à une consultation. Elle prétend sentir les mouvemens de l'enfant; le ventre est assez gros et dur, qu'elle soit debout ou couchée; en un mot, il se présente sous le même aspect que dans les derniers mois d'une grossesse ordinaire. Un des médecins consultés nie la grossesse et attribue la tuméfaction du ventre à deux tumeurs qu'il croit sentir distinctement dans cette cavité. L'auteur, au contraire, distingue au toucher la tête de l'enfant à travers les parois de la matrice, et se prononce avec assurance pour l'existence d'une grossesse. Il se passa des années sans que la malade accoucha. L'auteur n'en entendit plus parler; il présume toutefois que, dans ce cas, il y avait une grossesse extra-utérine.

M. Hinterberger rapporte un autre cas très-remarquable, qui eût pu faire croire à une grossesse dans la vessie. Le matin du 28 mai 1820, l'auteur est appelé chez une jeune femme qui est dans les douleurs depuis la veille. Il trouve tout le vagin jusqu'au périnée entièrement oblitéré et fermé par plusieurs cicatrices. Il ne reste qu'une fort petite ouverture qu'on reconnaît plus tard pour celle de l'urètre. Cette oblitération du canal vaginal était la suite d'un accouchement antécédent qui, d'après les renseignemens imparfaits donnés par la malade, devait avoir été fort difficile. L'urètre est tellement dilaté que l'accoucheur parvient, après quelques efforts, à y introduire le doigt indicateur: c'est ce même canal qui a servi à l'accomplissement de la copulation; la manière dont la conception a pu se faire, est un problème. — En examinant ainsi *par l'urètre,* l'auteur parvient avec beaucoup de peine, en passant le long des os du pubis, au détroit supérieur, où il sent une partie de la tête de l'enfant; mais l'étroitesse du canal l'empêche d'explorer l'état des parties inférieures. Les douleurs étant extrêmement intenses, l'auteur, assisté de plusieurs médecins, se met de suite en devoir de pratiquer la séparation de l'atrésie. A cet effet, il introduit à plat sur l'index de la main gauche, passé dans l'urètre, un bistouri boutonné, à l'aide duquel il dissèque, couche par couche, toutes les parties jusqu'au périnée; en cherchant ainsi à pénétrer en haut jusqu'au détroit supérieur du bassin, il rencontre, dans le nouveau canal, qui imite le vagin, la matrice qui était remplie d'une tête presque immobile. La tumeur ne présentant pas de trace d'orifice utérin, l'opérateur saisit, à l'aide de pinces de Cooper, un pli de la muqueuse, et toujours guidé par son doigt, il pratique avec les ciseaux une ouverture qu'il dilate au moyen du bistouri de Pott, dans une étendue de deux pouces. La légère hémorrhagie qui s'ensuit est arrêtée par des injections d'eau froide; l'opération a duré une heure et un quart. Une demi-heure après, les douleurs de l'enfantement recommencent et font disparaître peu à peu l'ouverture utérine artificielle; une heure et demie plus tard, la femme accouche, sans autre secours de l'art, d'un enfant sain et

assez robuste. Les couches ont été pénibles ; la plaie s'enflamme et suppure ; incontinence d'urines. Un traitement légèrement antiphlogistique, sans évacuations sanguines et expectatif, jugule les symptômes fébriles, et le 22 juin, la malade se trouve beaucoup mieux. Dans la supination, elle peut retenir pendant deux heures les urines, qui s'écoulent par gouttes lorsqu'elle est assise. On maintient le vagin ouvert au moyen d'un pessaire cylindrique. L'orifice utérin artificiel est à peu près de l'étendue de l'orifice naturel. Il ne reste plus de trace de l'urètre. Dans la partie supérieure du fond du vagin, l'auteur découvre deux ouvertures creusées, dont l'une antérieure s'adosse à la symphyse et est dirigée obliquement en haut, tandis que l'autre est située en arrière vers le rectum. — Au mois de juillet les menstrues reparaissent ; mais l'incontinence des urines persiste toujours. Elle devient bientôt de nouveau enceinte et accouche le 13 mai 1821, assez facilement et sans le secours de l'art, d'une fille qui meurt le troisième jour après sa naissance. Pendant cette dernière grossesse, l'accouchée a souvent été sujette à une procidence de la vessie qui cependant était facile à réduire par la seule pression. Cet accident rendit l'accouchement un peu plus laborieux ; la vessie ne rentra dans sa position normale qu'au moment de la tension du périnée, qui fut suivie d'un gros jet d'urine. Les couches se passèrent sans accident. La malade continua à souffrir de l'incontinence d'urines et de la procidence de la vessie.

Avant de passer à la description des deux cas de véritable grossesse extra-utérine observés par lui, l'auteur rapporte en peu de mots, différens cas que plusieurs de ses confrères à Linz ont rencontrés dans leur pratique. Ces cas sont au nombre de sept. Dans le premier il sortit par l'orifice utérin après de longues et violentes souffrances et sans convulsions, plusieurs parties osseuses, qui probablement appartenaient à des jumeaux de cinq ou six mois. Plusieurs phénomènes ayant indiqué l'existence d'une grossesse extra-utérine, il est à présumer qu'un abcès s'était fait jour dans le col de la matrice.— Un autre cas est celui d'une femme, âgée de 35 ans, et ayant déjà accouché trois fois sans accident. Dans sa quatrième grossesse elle souffre, jusqu'au cinquième mois, des douleurs intenses et périodiques autour du nombril ; au neuvième mois, gastralgie, convulsions et coliques, qui se transforment en véritables douleurs d'enfantement ; elles cessent au bout de deux jours et ne laissent après elles qu'un violent mal de reins et une fièvre inflammatoire, sans que l'accouchement ait lieu. Cinq ans après, la malade, tout en se portant assez bien, est atteinte d'une diarrhée qui revient par intervalles et résiste pendant un an à tout traitement ; elle perd, avec beaucoup de douleurs, tous les os d'un fœtus par l'anus et par le vagin ; dès lors sa santé se rétablit en deux ans de temps, sauf une petite fistule à l'anus qui lui reste. — De deux autres cas l'un se termina favorablement par l'expulsion des os du fœtus à travers une ouverture du vagin, et l'autre par un abcès de la paroi antérieure de l'abdomen. Dans un cas où les os du fœtus furent expulsés par la voie du rectum, la malade devint de nouveau enceinte quatre ans après, et eût encore trois enfans, dont elle accoucha heureusement.

Ier *Cas. Grossesse extra-utérine des trompes.* — La malade, âgée de 38 ans et d'une constitution vigoureuse, est une fois accouchée heureusement, il y a 10 à 12 ans. Depuis lors elle s'est toujours bien portée, et n'avait été indisposée que depuis la mort de son mari, qui date de quelques semaines. Le 24 novembre, à 6 heures et demie du matin, M. Hinterberger est subitement appelé chez la malade. Il la trouve épuisée au dernier degré, et se plaignant de douleurs atroces dans le ventre ; son faciès pâle, et couvert de sueur froide, les lèvres bleues, le pouls imperceptible, les pulsations du cœur très-faibles, et une prostration des forces, telle que la malade, bien qu'en pleine connaissance, ne peut prononcer une parole. Elle se portait bien la veille, en se couchant, et avait dormi jusqu'à cinq heures du matin, lorsqu'elle fut éveillée par une douleur violente du ventre, avec besoin d'aller à la garde-robe, suivi de deux selles naturelles, dont la dernière provoqua une syncope. Pas d'hémorrhagie. Les douleurs se circonscrivaient sur l'abdomen, sans qu'on y distinguât de tumeur. La faiblesse alla en s'augmentant et la malade expira à 9 heures trois quarts du soir.

Autopsie. Ventre tympanisé ; les cavités de l'utérus et du bassin remplies de sang. La partie moyenne de la trompe gauche gonflée de la grosseur d'une noix, (le reste et la trompe du côté droit étant à l'état naturel) d'un rouge violacé et rompue sur deux points de la surface supérieure et sur un point de la surface inférieure. Une membrane fleconneuse de la grosseur d'une fève sort par l'ouverture inférieure, qui est plus grande et se trouve au milieu de la tumeur ; celle-ci renferme un œuf du volume d'une petite noix. L'utérus également aggrandi, est long de 5 pouces et large de 4 et demi ; les lèvres du museau de tanche sont ramollies, sans cicatrices, l'orifice utérin est collé par une masse brunâtre et glutineuse. La cavité de l'utérus, tapissée par la membrane caduque, est vide et tellement détendue qu'elle peut contenir une pomme de moyenne grandeur.

IIe *Cas. Grossesse extra-utérine de l'ovaire.* — La femme d'un tisserand, âgée de 37 ans, d'une taille moyenne, qui était heureusement accouchée, il y a 16 ans, et que l'auteur avait traitée il y a 9 ans, pour une colique menstruelle, compliquée de spinite rhumatismale et de métrorrhagie, vint le consulter, le 22 novembre 1833, pour se faire saigner, parce qu'elle croyait être enceinte de trois mois, et souffrait de douleurs dans le ventre. Le gonflement et la sensibilité du ventre, et la constitution pléthorique de la malade indiquent la saignée, qui est pratiquée le même matin.

L'après dîner la malade est saisie d'une douleur de ventre extrêmement violente, tranchante, pongitive et brûlante, douleur dont elle dit souffrir périodiquement déjà depuis quelque temps, et qui commence tantôt a

la région ombilicale, tantôt au côté gauche du ventre, d'où elle se répand dans les reins et dans le pied droit. L'examen du ventre n'offre rien de particulier. Le diagnostic étant douteux, l'auteur se contente de faire appliquer des cataplasmes et de prescrire quelques calmans. Le 25, amélioration. Le 26, douleurs considérables des reins, qui déterminent l'auteur à faire appliquer quelques sangsues, qui produisent encore un mieux pendant deux jours. Le 28, à 3 heures et demie du matin on l'appelle; il trouve la malade mourante. Dans la nuit, les douleurs de ventre étaient revenues et s'étaient accrues d'heure en heure; une tumeur qu'on n'avait pas sentie jusqu'alors, s'était élevée dans le côté droit de l'abdomen; il survint bientôt de l'angoisse, de l'oppression, de l'agitation et des pressentimens de défaillance; à 3 heures la malade s'écria : « Voilà que le sang commence à couler; tout à l'heure il sortira du ventre, » sans qu'on observât de trace de sang dans son linge. Elle expira à 4 heures, avec les symptômes d'une mort par suite d'hémorrhagie.

Autopsie. Presque tous les viscères abdominaux se trouvent à l'état naturel; cette cavité contient à peu près une pinte et demie de sérosité d'un rouge foncé, la partie inférieure du paquet intestinal et le détroit du petit bassin sont couverts d'un grand caillot de sang noir; après avoir enlevé ce dernier, on voit un corps rond, remplissant toute la cavité du bassin, et adhérant à gauche au rectum, tandis qu'à droite il se continue avec le péritoine. La partie supérieure de cette tumeur, a la forme d'un utérus à l'état de grossesse; elle est d'un jaune brunâtre; son fond est rouge-noir, comme si l'on apercevait du sang caillé à travers la membrane qui le recouvre. On y trouve une déchirure de la longueur d'un pouce entre la tumeur et le bassin, au-dessous du promontoire. En suivant cette ouverture, on pénètre dans une cavité noire, tapissée de sang caillé. Dans le côté gauche, on voit, après avoir détaché le rectum, l'utérus un peu plus grand qu'à l'ordinaire et d'un jaune clair, profondément descendu dans la cavité du bassin. La trompe et l'ovaire du côté gauche sont à l'état naturel. La trompe droite qui croise la surface antérieure de la tumeur, est injectée, plus grande de moitié que celle du côté gauche, et son extrémité frangée tout à fait adhérente à la tumeur. Le ligament rond de ce côté se dirige obliquement en avant et en bas, est pâle et un peu gonflé; le reste de la paroi antérieure de la tumeur, formé par le ligament large, fortement distendu. Des pseudo-membranes s'étendent de la partie supérieure de la surface postérieure de la tumeur jusqu'à plus de sa moitié; après en avoir séparé diverses couches, on trouve du sang caillé qui recouvre les membranes de l'œuf, dans lesquelles un fœtus de 4 mois et demi est enfermé. Un tissu particulier, d'un rouge pâle, fibrineux et ressemblant au placenta, occupe le côté externe de la tumeur près de l'articulation coxo-fémorale. L'œuf avait donc son siége dans la paroi postérieure du ligament large de l'utérus et dans l'ovaire. La cavité utérine pouvait contenir un œuf de moyen volume et était tapissée par la membrane caducque; son col était rempli d'une gélatine jaune. La circonstance que l'auteur regarde comme la plus digne d'être notée dans ce cas, est l'adhérence formée par les pseudo-membranes, entre la partie inférieure de l'œuf, et la paroi interne du rectum; c'est du moins un indice du procédé choisi par la nature, pour éliminer plus tard le fœtus par le travail de la suppuration.

SCHMIDT'S JAHRBUECHER

DER

IN- UND AUSLAENDISCHEN MEDICIN.

Moyen simple et certain, pour faire couler le sang dans la saignée ; par le docteur Burdach.

Il arrive assez souvent que, lorsqu'il y a indication impérative d'une saignée générale qui ne saurait être remplacée avec le même avantage par les saignées locales, les veines du bras ne donnent pas la quantité de sang requise ; le trouble de la respiration et le refoulement du sang dans les gros vaisseaux et les organes centraux de la circulation, peuvent même être tels qu'il ne coule pas une goutte de sang de la veine dont on voit cependant la cavité béante. Lorsque nous avons employé infructueusement les frictions et d'autres manœuvres pour animer la circulation dans les veines, M. Burdach nous engage à tenter la compression simultanée des vaisseaux de l'autre bras, et il nous promet, à l'aide de cette espèce d'excitation consensuelle des troncs veineux identiques, un écoulement suffisant et même abondant. A cet effet on entoure l'autre bras au-dessus de l'articulation huméro-cubitale, là où on applique ordinairement la bande pour pratiquer une saignée, d'une bande ou d'un mouchoir, comme si l'on voulait ouvrir une veine de ce bras. La bande du bras qu'on a saigné reste en place. Après un intervalle de 2 à 10 minutes, on remarque un gonflement des veines de l'un et de l'autre bras. Dès que l'individu ressent l'engourdissement des doigts, on lâche la bande pour le faire cesser, et l'on presse le bras à l'aide du pouce, de manière que le sang des veines qui se trouvent engorgées s'écoule en jet par l'ouverture, qu'on entretient ou qu'on arrête en resserrant ou relâchant à volonté les deux bandes de compression. On se sert avec avantage du même procédé, lorsqu'on saigne des femmes chargées d'embonpoint et dont les veines sont si peu apparentes qu'on a peine à les découvrir.

(*Graefe u. Walther's journal fuer chirurgie u. Augenheilkunde.*)

Prolapsus ani.

M. Schwarz recommande, comme remède spécifique, dans la chute du rectum, *la noix vomique* employée à petites doses ; il assure l'avoir vu produire depuis dix ans les meilleurs effets, non-seulement chez des enfans, mais encore chez des adultes où cette affection négligée était devenue habituelle. Il cite à l'appui de cette assertion les cas d'un ouvrier âgé de 18 ans, atteint depuis 3 ans de ce mal, qu'il avait contracté par suite d'une diarrhée chronique. Le rectum se trouvait dans un état de relâchement tel qu'il sortait à chaque effort qu'il faisait pour aller à la garde-robe et ne rentrait ensuite qu'avec beaucoup de peine. Après quinze jours de l'usage de la noix vomique joint à un régime convenable, le rectum sortît moins fréquemment. On y ajouta quelques grains d'extrait de ratanhia ; 4 semaines, pendant lesquelles ce mélange fût continué, suffirent pour achever la guérison.

Pour les jeunes enfans, l'auteur se sert ordinairement d'une dissolution de l'extrait mêlé à l'eau distillée, la proportion de 1 à 2 grains d'extrait sur 2 gros de véhicule, dont on administre 6 à 10 gouttes de quatre en quatre heures. Chez des enfans plus âgés, on porte la dose jusqu'à 15 gouttes et même après que le mal a cédé, on fait bien, pour assurer la guérison, de donner pendant huit jours 2 petites doses par jour. La dose de 2 à 3 gouttes suffit pour les enfans non sevrés. On y joint quelques grains d'extrait de ratanhia, lorsque la chute a déjà plusieurs jours de durée.

(*Journal von Hufeland.*)

Effets de l'administration d'une trop grande dose de teinture des semences de colchique.

Un sexagenaire robuste, atteint depuis 15 ans de la goutte aux pieds, qui a pris peu à peu un caractère d'atonie, s'était souvent bien trouvé de quelques doses modérées de la teinture des semences de colchique. Le retour des douleurs arthritiques, le détermine à recourir à ce remède, sans prendre l'avis du médecin, et il avale, dans l'espace d'une heure, 50 gouttes de cette teinture. Dix-huit heures après il sent, au milieu de la région frontale, un léger mal de tête, joint à une surexcitation particulière des nerfs cérébraux. La faculté visuelle acquiert un degré de puissance extraordinaire. Mais, tandis que d'un côté il s'aperçoit du perfectionnement du sens visuel, de l'autre, ses facultés intellectuelles sont tellement affaiblies, qu'il ne comprend pas même les mots qu'il lit. Il ne saisit plus les

rapports entre les mots et les choses. Il éprouve en même temps une pesanteur dans la langue, telle qu'il lui devient difficile de trouver et de prononcer les mots même les plus usités. Le même trouble se manifeste, lorsqu'il veut écrire; cette impossibilité d'écrire avec enchaînement des idées, persiste pendant huit jours. On ne remarque en lui aucune autre altération.

Plusieurs observations analogues à la précédente font croire à M. Biermann que le colchique peut produire, dans des constitutions prédisposées, certaines altérations du système ganglionnaire, qui, par les phénomènes auxquels elles donnent lieu, viennent confirmer l'influence de ces dernières sur les facultés intellectuelles.

Hypertrophie du sein.

M. Guston, médecin à l'hôpital de Philadelphie, rapporte le cas d'une jeune mulâtre, âgée de 16 ans, atteinte d'une hypertrophie extraordinaire du sein. Cette affection ne sembla exercer aucune influence sur l'état général de sa santé, jusqu'à l'âge de seize ans, où, par suite d'une contusion, elle gagna, à la partie la plus déclive de la glande mammaire gauche, un ulcère, qui en peu de jours, devint gangréneux et entraîna la mort de la malade. — La glande mammaire droite mesurait alors 34 ", dans son plus grand diamètre, et 18" dans le plus petit; son poids était de 12 livres. Le grand diamètre de la glande mammaire gauche avait 42 " et le petit 26 "; le poids était de 20 livres. Ces glandes s'étendaient depuis les clavicules jusqu'au-dessous du nombril. Elles ne présentèrent, dans leur parenchyme, aucune autre altération de structure que la simple hypertrophie du tissu graisseux cellulaire et de l'appareil glandulaire. Les ovaires étaient plus grands qu'à leur état naturel. La matrice était de grandeur normale; les deux tiers de sa surface interne étaient enduits d'une couche épaisse de lymphe coagulée. Les glandes mammaires avaient acquis cet énorme volume sans entraver les fonctions d'aucun autre organe.

(*American Journal.*)

Déviation du flux menstruel.

Un journal danois de médecine (*Eyr, et medicinsk Tideskrivt*) rapporte le cas d'une femme, âgée de 43 ans, qui, n'étant plus réglée depuis plusieurs années, offre plusieurs rhagades et cicatrices, probablement d'origine syphilitique. Une de ces cicatrices, qui se trouve dans la région de l'hypocondre gauche se distingue par sa rougeur, et par la peau mince et fine qui la couvre. Lorsque l'époque du flux s'approche, l'hypocondre gauche devient le siége de douleurs périodiques, qui se concentrent dans les environs de cette cicatrice; celle-ci s'ouvre et il en coule, quelquefois même, il en jaillit, un sang d'un rouge clair et semblable au sang artériel. Cette hémorrhagie, qui dure pendant une heure et amène quelquefois à sa suite l'affaiblissement de la malade, est suivie d'un suintement sanguinolent, après lequel la plaie reprend son aspect antérieur.

Formule pour l'administration du fer à l'intérieur; par Meurer.

Quoique les chimistes aient déjà recommandé depuis longtemps la formule suivante, elle ne paraît pas encore être suffisamment connue des médecins :

R. Ferri sulph. cryst. 3s	R. Natri carbon. acidul. 3s
Sacch. albi, 3js	Sacch. albi, 3js
M. f. pulv. div. in xij part.	M. f. pulv. div. xij part.
æqu. D. S. N° I.	æqu. D. S. N° ij.

On fait dissoudre un paquet de chaque numéro dans quelques cuillerées d'eau et, après les avoir mêlés, on les fait prendre au malade au moment de l'effervescence. Ce mélange contient au delà d'un grain de carbonate de protoxide de fer, dissous dans de l'eau gazeuse avec un peu de sel de Glauber et de carbonate de soude. La quantité du dernier sel est à dessein plus que suffisante pour la décomposition du sulfate de fer, afin que le fer devienne plus propre à être assimilé. Les eaux minérales ferrugineuses, qui nous viennent par envois, sont inférieures à ce mode de prescription, tant sous le rapport des effets qu'à raison de leur prix élevé.

(*Summarium des Neuesten in der Heilkunde.*)

MISCELLANÉES,

EXTRAITS DE DIVERS JOURNAUX ÉTRANGERS.

Efficacité du carbonate de fer et de l'hydroiodate de potasse dans certains cas de céphalalgie. (Leçon clinique de M. Elliotson, à North-London hospital à Londres.)

Anne Bennett, âgée de 23 ans, est sujette depuis douze mois à des douleurs intenses du front et du vertex, qui semblent quelquefois s'irradier jusque dans la poitrine, douleurs dont elle fut prise à la suite d'un refroidissement. Elle a été soumise à plusieurs modes de traitement; les saignées générales et locales, l'application réitérée des vésicatoires au front et au sommet de la tête, le mercure jusqu'à la salivation, tout est resté sans effet. La pâleur de la malade et l'insuccès des remèdes employés jusqu'ici, engagèrent M. Elliotson d'essayer l'emploi du carbonate de fer, moyen dans lequel ce médecin a une grande confiance toutes les fois que les céphalalgies s'accompagnent de pâleur, d'atonie générale et de faiblesse du pouls. Dans ce cas cependant, comme la douleur semblait occuper le périoste du crâne et même peut-être la dure-mère, il crut devoir employer le fer uni à l'hydriodate de potasse, de sorte que la malade prit d'abord trois grains de sel hydriodique et deux gros de carbonate de fer, trois fois par jour. L'amélioration ne se fit pas attendre; la malade gagna de l'appétit, les couleurs et les forces revinrent. Petit à petit on porta les doses du carbonate de fer à une demi-once, et l'hydriodate de potasse à douze grains. La guérison fut complète après six semaines de traitement; les douleurs avaient entièrement disparu, et la malade avait recouvré la santé. Il n'est pas rare de rencontrer chez les personnes chlorotiques ces céphalalgies intenses, qui ne font qu'empirer à mesure qu'on prodigue les évacuations sanguines, et qui cèdent aux toniques comme par enchantement.

Cette espèce de céphalalgie *chlorotique* se rencontre souvent indépendamment de la chlorose. Les symptômes qui servent alors de guide à M. Elliotson, pour le traitement, sont la couleur de la face, des lèvres et de la langue, et l'état du pouls. C'est la faiblesse de ce dernier, et la pâleur des tissus capillaires de la face, qui indiquent la nécessité de restaurer un sang appauvri et de s'abstenir de toute médication antiphlogistique. Dans le cas précédent, le carbonate de fer fut indiqué par l'état général de la constitution de la malade, tandis que l'hydriodate de potasse remplissait l'indication fournie par les symptômes locaux.

(*Lancet*, novembre 1835).

Emploi de la créosote dans la gastrodynie.

M. Elliotson commence par administrer dans les douleurs névralgiques de l'estomac deux gouttes de créosote, qu'il porte peu à peu jusqu'à dix-huit et plus. C'est surtout dans les cas de *vomissemens chroniques* que la créosote paraît produire des effets admirables. M. Elliotson rapporte un cas de colique de plomb, où le vomissement, qui avait résisté à tous les moyens, fût arrêté de suite par l'administration de deux gouttes de créosote dans une once d'eau. Dans un autre cas de vomissement, qui avait réduit le malade à un tel état de debilité qu'on ne pouvait le nourrir qu'au moyen d'injections, quelques gouttes de créosote suffirent pour arrêter le vomissement et achever la guérison.

(*Lancet*, novembre 1835).

Érysipèle de la face, guéri par les lotions avec la solution saturée de nitrate d'argent.

C'est M. Higginbottom, qui, le premier en Angleterre, fit connaître le traitement de l'érysipèle par l'application du nitrate d'argent. A l'occasion de quatre cas d'érysipèle de la tête qui se trouvaient en même temps dans les salles de M. Elliotson au North-London hospital, ce professeur fit une leçon, où, appelant l'attention de ses élèves sur la manière rapide et franche dont ces quatre malades furent guéris par les lotions avec le nitrate d'argent dissous dans de l'eau, il assura ne pouvoir assez se louer de ce mode de traitement, qu'il signale comme une des améliorations thérapeutiques les plus importantes des temps modernes. Pour observer les effets admirables de cette médication, il ne faut pas seulement appliquer le nitrate d'argent *autour* des parties enflammées dans le but d'arrêter les progrès de l'érysipèle, mais c'est particulièrement sur les parties qui sont le siége de l'érysipèle qu'il faut porter l'action du remède. Au moment de la lotion et deux ou trois heures après, les douleurs semblent être très-intenses; mais le lendemain la douleur locale a presque disparu, le pouls est devenu plus lent, et le plus souvent la desquamation commence de suite à s'établir. Cependant quelque instantanée que soit l'action du nitrate d'argent sur l'érysipèle de la face, où, selon M. Elliotson ce remède agit en produisant une violente constriction des vaisseaux enflammés, il ne lui semble pas mériter la même confiance dans l'érysipèle phleg-

moneux, par la raison que l'action du remède ne saurait atteindre l'inflammation du tissu cellulaire situé plus profondément.

(*Lancet*, novembre 1835.)

Empoisonnement par l'Euphorbia verrucosa; observation communiquée par le docteur Lippich (dans les Annales de médecine de l'Empire d'Autriche).

La nommée Denata, journalière, âgée de 48 ans, mourut subitement le 3 mai, à huit heures du matin. Elle offrit peu de temps avant sa mort des symptômes d'une affection abdominale qui éveillèrent les soupçons d'un empoisonnement. Depuis l'âge de la puberté cette personne avait été sujette à des attaques épileptiques, qui n'avaient cédé que l'année passée à l'expulsion d'un grand nombre d'ascarides. Sa santé avait encore été troublée pendant l'hiver par des rhumes et autres indispositions indéterminées, qui cependant ne l'empêchèrent pas de se livrer à son travail. Le 2 mai, vers midi, elle se plaint tout à coup de coliques, et en même temps elle vomit et va à la selle. Le vomissement devient si violent, que l'estomac ne supporte plus le moindre aliment. Dans la matinée du lendemain elle assure être mieux; mais les matières expulsées par les vomissemens ne tardent pas à devenir sanguinolentes, et la malade meurt. Les résultats des recherches faites viennent constater les soupçons; on trouve sur le fumier plusieurs restes de la plante *Euphorbia verrucosa*, qui, dans ce moment là était en fleuraison dans la forêt de la ville; au dire de quelques voisines, la malade en avait bouilli et pris une certaine quantité, sur l'avis d'un charlatan, et en avait jeté le reste.

L'autopsie cadavérique fit reconnaître les altérations suivantes :

Yeux caves, fermés et ternes; expression douloureuse et grippée de la figure. Membrane muqueuse de la bouche et de la langue pâle et couverte d'aphthes. Les membres thoraciques mobiles, les membres pelviens roides; les ongles des doigts livides. Ventre ballonné, d'une couleur verdâtre et foncée. L'anus souillé d'un mucus brunâtre; odeur quelque peu résineuse sortant par la bouche. Les sinus crâniens rétrécis à quelques endroits par des filamens lymphatiques, gorgés de sang et renfermant des concrétions polypeuses. Peu de sérosité au-dessous de la dure-mère; la pie-mère gorgée de sang; un peu de sérosité écumeuse entre elle et l'arachnoïde. Substance cérébrale dure et injectée de sang; un peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules. Les plexus choroïdiens sémés d'hydatides; la glande pinéale assez volumineuse et dure; la glande pituitaire ramollie et d'un rouge briqueté. A la base du crâne on recueille environ une once de sérosité sanguinolente. Quelques adhérences des poumons. Mucosités dans les ramifications bronchiques. Cœur petit et flasque; ses ventricules et les gros vaisseaux remplis d'un sang épais. Foie gorgé de sang; peu de bile dans la vésicule du fiel; rate petite. Un peu de *rougeur* de la membrane muqueuse du pharynx; on y remarque quelques *vesicules;* l'œsophage est un peu contracté et rétréci, du reste pâle. Dans l'estomac on trouve environ une livre d'un liquide couleur de chocolat; la *surface interne de ce viscère* présente de la *rougeur* à différens degrés; quelques endroits sont *noirâtres*, et surtout le fond est sémé d'un *grand nombre* de *petites vésicules miliaires* rassemblées en groupes, arrondies, de la grandeur d'une lentille, et qui contiennent en partie de la *sérosité* limpide et en grande partie du *gaz;* ces vésicules s'élèvent peu sur la surface et se laissent déplacer. La rougeur est plus marquée près du pylore. Le duodénum presque à l'état naturel, sauf un *peu de rougeur*. Le reste des intestins, *rouges foncés par plaques*. Les gros intestins distendus par des gaz sont couverts à l'intérieur d'un liquide blanchâtre, filant et ressemblant à de la crême. Le rectum rouge est enduit d'une mucosité brunâtre.

Dans son rapport médico-légal, M. Lippich pense que dans ce cas l'empoisonnement a eu lieu. Pour prouver cette opinion il s'appuye surtout sur les symptômes observés pendant la vie, sur les résultats de l'autopsie et sur les propriétés vénéneuses des restes de la plante qu'on a trouvés. Il fut cependant impossible de découvrir dans les matières contenues dans l'estomac le principe âcre propre à l'Euphorbe. par la raison que les réactifs n'agissent sur les matières végétales que d'une manière générale, et que d'autre part, la plus grande partie du poison avait déjà été évacuée par les vomissemens réitérés.

(*Kleinert's Repertorium*, octobre, 1835.)

Accouchement spontané après la mort de la mère. (Extrait d'une brochure intitulée : De partu post matris mortem spontaneo. Auct. C. G. Maizier. Berol. 1835).

Jusqu'à la fin du 17me siècle on ne connut que 28 observations d'*accouchemens spontanés après la mort de la mère* et depuis ce temps leur nombre a été augmenté de 15 autres cas, dont l'auteur donne la description. Le père de l'auteur a observé les deux derniers, dont l'un chez une femme enceinte empoisonnée par l'arsenic, et l'autre chez une femme morte pendant le travail à la suite de métrorrhagie et d'épuisement. L'examen de ces observations fait voir que dans 9 cas seulement les enfans restèrent vivans et que dans les autres les enfans étaient morts lorsqu'ils vinrent au monde. Mais les premières neuf observations ne semblent pas à la rigueur appartenir à la même catégorie par la raison que la naissance de l'enfant a eu lieu ou pendant l'agonie, ou pendant l'état d'asphyxie de la mère. Or il n'y a que des enfans morts, nés de mères mortes, et il n'existe pas une seule observation authentique de l'accouchement spontané d'un enfant *vivant*. Pour ce qui regarde les opinions des différens auteurs sur ce phénomène remarquable, il en est qui croient devoir l'attribuer à la

vie innée ou *vita propria* du fœtus. Stark l'explique par le relâchement et le manque de résistance de l'utérus, et par la contraction des muscles en se refroidissant. D'autres regardent la propre pesanteur de l'enfant comme cause principale. Pitschaft compare ce phénomène aux érections et à l'éjaculation du sperme qu'on observe sur les individus décapités ou pendus. La plupart des auteurs l'expliquent par la force expulsive inhérente à l'utérus et qui persiste encore quelque temps après la mort de la mère. Enfin l'auteur de ce mémoire soutient que ces accouchemens spontanés ne sont que la conséquence de la formation d'une grande quantité de gaz qui a lieu par l'acte de la décomposition, fluide qui s'accumule tantôt dans la cavité abdominale et tantôt dans la cavité utérine.

(*Kleinert's Repertorium*, octobre 1835.)

Hydatides dans le cerveau (observation remarquable communiquée par le docteur Johnson à la Société médicale de Westminster à Londres).

Un artiste distingué se plaignait depuis quelques années, d'une sensation d'éclairs lumineux qui passaient devant ses yeux, à laquelle se joignirent plus tard des douleurs de tête, diminution progressive et à la fin perte totale de la vue. Ce qui pourtant le tourmenta le plus, ce fut une série d'images éblouissantes qui ne cessèrent nuit et jour de l'agacer, et qui furent accompagnées d'une clarté insupportable prenant parfois la forme d'anges armés de glaives de feu et dont chaque mouvement à l'instar d'une flamme électrique semblait aveugler l'œil et brûler le cerveau. Les formes et les couleurs de ces illusions d'optique changèrent sans cesse, sans cependant diminuer en rien les souffrances du malade. A l'exception d'un peu d'irritabilité du tempérament, les facultés intellectuelles ne furent altérées en rien. Un domestique le conduisait dans les rues et il s'occupait ainsi de tout ce qui n'exigeait pas le concours de la vue avec la plus grande ponctualité. On ne découvrit rien d'insolite dans les yeux. Ces symptômes s'améliorèrent de temps à autre par l'application des emplâtres stibiés à la nuque, des sangsues aux temps, et par l'administration des médicamens purgatifs ou diurétiques. Au printemps de 1835, le malade fut saisi de symptômes d'apoplexie. Il devint paralytique et insensible; laissa involontairement couler les urines et les selles; les pupilles étaient dilatées; il avait perdu la sensation du goût. Mais soit par les forces de la nature, soit par les effets du traitement employé, il revint de cet état, au grand étonnement de ses médecins. Quelques semaines après cette attaque il se promena de nouveau dans les rues et vaqua à ses affaires comme à l'ordinaire. Les images d'optique et les souffrances concomitantes reparurent bientôt avec une plus grande intensité. Atteint dans le courant du mois d'août d'un nouvel accès d'apoplexie, il mourut malgré l'emploi des mêmes moyens qui l'avaient sauvé la première fois, au bout de trois ou quatre jours. L'autopsie fut faite le lendemain de la mort. Les membranes du cerveau ne présentaient rien d'insolite. Le ventricule latéral droit contenait à peu près deux onces d'un liquide limpide. Le ventricule gauche renfermait une certaine quantité *d'hydatides* de grandeurs différentes et était rempli de liquide de consistance et de couleur inégale. Les hydatides réunies en forme de grappe adhéraient par une sorte de pédicule au plancher du ventricule et pénétraient dans toutes les anfractuosités de sa cavité; leurs ramifications passant au-dessus et devant de la couche optique de ce côté, s'étendaient dans l'hémisphère opposé du cerveau et détruisaient tout ce qui se trouvait sur leur passage. Les deux couches optiques, ainsi que la totalité des lobes antérieurs du cerveau, tombaient en bouillie au moindre attouchement. Les nerfs optiques comprimés par la masse hydatique étaient presque réduits en filamens et d'une consistance très-molle. Les membranes et les humeurs des yeux n'offraient pas d'altération. (*Lancet*, novembre 1835).

Trois cas de guérison de diabète.

Obs. Ire. (Rapportée dans le rapport annuel de clinique du docteur Cless, à Stuttgart.)

Un domestique âgé de 42 ans, fut admis à l'hôpital pour de violents maux de tête qu'il avait contractés à la suite d'une chute. Au moment où il était prêt à sortir de l'hôpital, on s'aperçut qu'il lâchait fréquemment les urines et en grande abondance. Il se levait 5 à 6 fois pendant la nuit, et la quantité des urines d'un jaune clair s'élevait jusqu'à 6 à 8 litres. La peau était alors *humide*, l'appétit bon, la soif *n'était pas* augmentée, les évacuations alvines étaient régulières; il n'accusait ni douleurs ni tiraillemens dans la région lombaire. Seulement le pouls devenait plus fréquent, et le malade se sentait plus fatigué qu'à l'ordinaire, surtout dans les jambes. On ordonna un régime animal; en même temps application d'un vésicatoire à la région lombaire et on administra le phosphate de fer d'après la prescription de *Venables* en dose progressive de 3 grains à un demi-scrupule quatre fois par jour. Au commencement de ce traitement la quantité des urines augmenta encore et monta le 13 mars jusqu'à 15 litres en 24 heures. La maladie arrivée à ce degré, la peau devint sèche et le malade s'aperçut d'un relâchement total des parties génitales, phénomène qu'on a signalé comme un symptôme constant du diabète. L'innervation des organes sécrétoires du sperme et des urines dépendant d'un ganglion commun, on a cherché à expliquer ce phénomène en supposant que toute la force nerveuse ou vitale était absorbée dans la sécrétion des urines. Le 17 mars, la quantité des urines n'était plus que de 6 litres en 24 heures. La peau transpirait, la fatigue était moins sensible et disparut petit à petit entièrement, après que la quantité des urines fut revenue à son état normal. Vers la fin du mois de mars les pre-

mières érections se firent sentir et peu après le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Obs. II. (Par le docteur Rob. Graves, dans *Dublin Journal,* n° xvj, 1834.)

Un ouvrier, âgé de 25 ans, affaibli par une vie débauchée, par des maladies vénériennes et l'usage de mercure, se trouvant dans la misère et fréquemment exposé aux vicissitudes atmosphériques, est tout à coup pris d'une soif intense, les urines deviennent abondantes, son corps s'amaigrit, la bouche est sèche, la langue blanche et humide; les gencives deviennent fongueuses et ulcérées; il ne sent de l'appétit que pour des alimens aigres, vertiges; douleur rongeante de l'estomac, découragement, douleurs lombaires, peau sèche, œdème des malléoles, pouls à 68, mou et rond. Il lâche en 24 heures, onze livres d'urines limpides et d'un jaune paille, qui ne réagissent ni sur le papier de tournesol, ni sur celui de curcuma; elles sont d'une saveur salée, leur pesanteur spécifique, après être refroidies, est de 1008; elles contiennent peu d'urée et point d'albumine; évaporées, il reste un résidu de 2 à 3 pour cent. On met le malade à un régime animal, on lui ordonne un grain d'opium à prendre quatre fois par jour. Mais bientôt on est obligé, à cause de la constipation, du sommeil agité, de la sécheresse et de la démangeaison de la peau, de donner au lieu de l'opium pur, la poudre de Dower, à la dose de dix grains d'abord, quatre, et plus tard, six fois par jour. Ce remède, conjointement avec l'usage de bains chauds, provoque des sueurs qui sont suivies d'une amélioration manifeste. La quantité des urines sécrétées ne s'élève plus au delà de 3 à 4 livres par jour; et en même temps elles augmentent de pesanteur spécifique.

Obs. III. (Rapportée par le même auteur.)

Un ouvrier, âgé de 28 ans, d'une grande intempérance, souffrait de symptômes dyspeptiques, qui étaient suivis de soif, de faiblesse et d'augmentation de la sécrétion urinaire. Les urines étaient de couleur jaune paille, elles ne contenaient non plus ni du sucre, ni de l'albumine, mais leur pesanteur spécifique était plus grande que dans le cas précédent. L'infusion de quassia, employée sur la recommandation de Moriarty, resta sans effet; mais une amélioration notable ne se fit pas attendre aussitôt qu'on mit le malade au régime animal, joint à l'emploi des bains de vapeur et de la poudre de Dower, administrée jusqu'à 150 grains par jour, et à laquelle on ajouta plus tard l'usage de l'acide nitrique dilué à dose progressive.

M. le professeur Neumann de Bonn, rapporte dans la même livraison des *Annales de Schmidt,* (décembre 1835, p. 364), qu'il a obtenu dans un cas de diabète bien prononcé les effets les plus remarquables de l'usage de l'opium, suivi de celui des *cantharides* et de la *vanille,* d'après la méthode recommandée par Schoenlein (dans ses leçons, volume III, p. 208).

—

Sur les bains de deuto-chlorure de mercure; par Brincken.

Les bains préparés avec le sublimé corrosif, suivant la méthode de Wedekind, ont été employés avec un plein succès (sauf dans un seul cas) sur 33 malades, tous atteints de maladies chroniques de la peau de nature impétigineuse, herpétique, syphilitique, lépreuse et psorique. Jamais l'auteur n'a eu à se plaindre d'accidens qu'il eût pu attribuer à la résorption ou à quelque autre influence nuisible du sublimé. Deux gros de deuto-chlorure sur chaque bain suffirent pour les bains chez des jeunes personnes et des enfans.

L'auteur croit pouvoir tirer de ses observations la conclusion que le sublimé corrosif employé sous forme de bain d'après la méthode de Wedekind, n'exerce principalement qu'une action locale sur la peau. Ce remède sera donc mis en usage avec beaucoup de chances de succès:

1° Lorsque des affections chroniques de la peau persistent, ou se déclarent pendant ou après un traitement interne;

2° Lorsque l'exanthème chronique est tout à fait local.

Dans deux cas d'éléphantiasis tuberculosa, rebelle jusqu'ici à un grand nombre de remèdes internes, les bains de sublimé ont produit des bons résultats. Sous leur influence, disparurent en grande partie les tubercules, en laissant des taches foncées; et les plaies guérirent rapidement.

(*Eyr, et med. Tidskrivt.* IX. H. 2.)

De l'emploi du charbon animal dans la maladie scrophuleuse.

M. Speranza, professeur à Parme, cherchant un remède qui possède la propriété résolutive de l'iode dans les affections du système lymphatique, sans exercer en même temps les effets secondaires et évidemment dangereux de cette dernière substance, croit l'avoir trouvé dans le *charbon animal.* A cet effet, il fait brûler dans un tambour de café (*crucia caffé*) deux parties de viande de bœuf ou de mouton et une partie d'os. La carbonisation, annoncée par la flamme qui sort du tambour, ne doit pas être continuée au delà d'un quart d'heure. L'auteur fait prendre, le matin et le soir, un à trois grains de ce charbon pulvérisé. Lorsque les malades portent des tumeurs scrophuleuses au cou, la même substance mêlée à l'huile d'olives, y est appliquée sous forme d'onguent. Peu à peu les doses peuvent être plus élevées. Dans tous les cas le traitement thérapeutique doit être aidé par un régime convenable. Le charbon animal semble exercer une action spécifique sur le système des glandes lymphatiques; en excitant en même temps les vaisseaux sanguins, il rétablit l'équilibre de leur action et semble diminuer la prédominance du système lymphatique. (*Antologia medica.*)

Remarques sur l'hydropisie consécutive à la scarlatine ; par G. Hamilton.

M. Hamilton a eu occasion d'examiner les urines de plus de soixante malades, dont la plupart étaient des enfans atteints d'hydropisie consécutive à la scarlatine. Les urines se coagulèrent par le moyen de la chaleur, dans deux cas excepté. Dans quelques cas la coagulation fut tellement prononcée que l'albumine surnageant à la surface du liquide ressemblait à du blanc d'œuf bouilli.

Le début de l'hydropisie fut ordinairement annoncé par la diminution de la densité des urines. Ce symptôme parut cependant chez quelques malades, sans qu'il fut suivi d'anasarque.

M. Hamilton a observé treize cas avec altération notable de la substance corticale des reins. Cette altération était moins prononcée lorsque la maladie avait été légère et de courte durée, et quand le malade avait succombé rapidement par l'effet de quelque complication. Dans un cas sans anasarque et avec suppression presque totale des urines, qui avait duré 24 heures, le malade mourût d'une inflammation et d'une tumeur qui avait son siége aux mâchoires. Les urines ne se coagulèrent point. La substance corticale des deux reins était de couleur laiteuse, tirant sur le rouge, et une extrémité d'une des glandes renales offrait des élevures inflammatoires, qui s'étendaient dans la substance corticale à la profondeur d'une ligne. L'auteur ne doute pas que si le malade avait vécu un jour de plus, les symptômes d'anasarque n'eussent pas tardé de se déclarer.

M. Hamilton est convaincu que l'hydropisie consécutive de la scarlatine est favorisée par une prédisposition constitutionnelle. Il a fréquemment vu deux membres de la même famille en être atteints. Dans une maison, 4 enfans eurent la scarlatine ; trois de ces enfans, distingués par une prédisposition scrophuleuse, devinrent hydropiques, tandis que le quatrième, qui n'appartenait pas à la même famille, fut préservé.

M. Hamilton n'admet pas de relations entre la desquamation et l'anasarque, car il a vu survenir la derniere indistinctement, lorsque la desquamation n'avait pas lieu et lorsqu'elle était très-franche.

Quant au traitement, l'auteur est partisan de la méthode antiphlogistique qui lui a le mieux réussi et dont il a obtenu des succès. Dès que les symptômes de la fièvre primitive diminuent, il observe avec attention l'état des urines, qui, déjà quelques jours avant l'apparition de l'anasarque, annoncent l'apparition de cette maladie, par la diminution de leur densité et leur coagulabilité. Les signes précurseurs, lorsqu'ils paraissent, réclament ordinairement une forte saignée et l'application des ventouses scarifiées, ou de sangsues à la région rénale, dans le but de rendre l'affection moins grave.

(*Edinburgh Journal*, n° 121.)

—

Oblitération remarquable de l'artère-aorte ; par le docteur Schlesingen.

H. D., âgée de 15 ans, issue de parens sains, s'était bien portée jusqu'à l'âge de 13 ans, où elle eût pour la première fois ses règles, accompagnées de fortes douleurs abdominales et d'autres incommodités. Un médecin lui conseilla alors les bains de mer. C'est depuis cette époque que commencèrent les souffrances, qui ne cessèrent plus jusqu'au moment de la mort de la malade. Suivant les renseignemens fournis par les parens, la maladie débuta d'abord sous la forme d'un *incubus* (*Asthma nocturnum*), par des accès plus ou moins fréquens, qui après six mois de durée, cédèrent aux moyens médicaux employés. Ces symptômes furent remplacés par des palpitations de cœur, qui étaient déjà alors parfois d'une telle force qu'on les entendait à quelque distance de la malade. Il s'y joignit en même temps une toux particulière, semblable sous quelques rapports à la toux croupale, qui ne quitta plus la malade jusqu'à la fin. Un médecin célèbre de Berlin, qu'on consulta, attribua ces symptômes à une affection organique du cœur. A cette époque de la maladie, cette fille commença à s'apercevoir d'une *pulsation particulière dans l'épigastre*, qui ne disparut plus pendant toute la maladie. Cinq mois de traitement ne changèrent rien à son état. Soumise à un régime très-simple, elle resta sans prendre des médicamens pendant tout l'été, qui suivit son séjour à Berlin. Plus d'indices de la période menstruelle. En octobre 1834, l'affection s'étant aggravée, les parens conduisirent la malade à Stettin, où l'auteur la vit pour la première fois dans l'état suivant : Quoique de grandeur naturelle et d'une constitution assez forte, son extérieur offrait des chairs molles et gonflées ; les bras étaient extraordinairement maigris ; appétit bon, parfois même vorace ; sécrétions normales, sauf un peu de constipation. Pouls radial tantôt *dicrose*, tantôt intermittent, et synchronistique avec les pulsations du cœur, *qu'on pouvait quelquefois (mais pas toujours) entendre et voir à six pas de distance.* Le thorax ne présentait pas de difformité, sinon que l'extrémité xiphoïde du sternum était courbée en dedans. Le regard avait une expression particulière. L'auteur étant resté environ une demi-heure près de la malade, fut témoin d'un accès : tout à coup la figure devenait tout à fait livide, elle était couverte de sueur froide et agitée par des spasmes cloniques et toniques ; la respiration était difficile. L'usage des remèdes stimulans accoutumés la fit revenir à elle-même.

Les variations que présentèrent les symptômes jusqu'au moment de la mort, furent nombreuses. L'auteur croyait avoir affaire tantôt à une affection organique du cœur, tantôt au *morbus cœruleus*, tantôt à une hydropisie du péricarde, à une angine de poitrine ou à un asthme nerveux sans complication. — Quatre semaines avant la mort, la malade commença à fébriciter et se plaignit de douleurs lancinantes dans la poitrine, à la région du cœur. Le pouls devenait de plus en plus pe-

tit, la toux plus forte, l'expectoration plus fréquente et souvent mêlée de stries sanguinolentes et purulentes. Selles et sueurs colliquatives ; retour plus fréquent des convulsions. Mais chose remarquable, les palpitations du cœur disparaissaient presque tout à fait, à l'exception des pulsations dans l'épigastre, qui devenaient plus fortes. La malade dépérit subitement et mourut dans un accès de convulsions.

A l'ouverture de la cavité thoracique on trouva la plèvre dans toute son étendue adhérente aux poumons ; les poumons hépatisés, et renfermant quelques tubercules.

Les lobes inférieurs des deux poumons étaient creusés par des cavernes assez volumineuses. Le cœur à l'état normal, mais un peu plus petit qu'à l'ordinaire. L'aorte présentait trois doigts au-dessous de sa crosse, une dilatation du diamètre de trois à quatre pouces, qui s'étendait presque jusqu'à son passage à travers le diaphragme. Au-dessous de cette dilatation l'aorte était oblitérée par une espèce de tissu ligamenteux dans l'étendue de deux pouces, de sorte qu'on pouvait à peine y passer une sonde très-fine. Ensuite l'artère reprenait sa grandeur naturelle. Le foie et la rate étaient plus volumineux qu'à l'ordinaire. Le reste de l'appareil digestif ne présentait rien d'anormal.

(*Carper's Wochenschrift*, n° 31, 1835)

Expériences sur le sang et sa transfusion ; par T. L. Bischoff.

Les dernières recherches qu'on a faites sur le sang ne peuvent rester sans exercer une puissante influence sur la pathologie en général. Personne n'ignore que c'est surtout la coagulation rapide de la fibrine du sang à l'état frais, qui rend difficile et dangereux l'emploi de la transfusion comme moyen ranimant chez des personnes épuisées par des hémorrhagies. Prévost, Dumas et Dieffenbach avaient déjà trouvé que le sang *battu* et ainsi délivré de sa fibrine était propre à ranimer des animaux asphyxiés. Dieffenbach ayant en outre observé que la sérosité et la fibrine étendues dans l'eau autant que possible ne remplissent par le même but, il en a tiré la conclusion que les globules de sang contiennent le principe essentiellement vital de ce fluide. M. le professeur Mueller a prouvé ensuite qu'en battant le sang on n'en sépare que la fibrine et que les globules de ce liquide, qui contiennent son principe vital, restent au contraire suspendus dans la sérosité, sans subir aucun changement. La différence dans les résultats obtenus par la transfusion du sang, a fait naître à l'auteur le désir de soumettre un sujet aussi important pour l'art de guérir à de nouvelles expériences ; voici d'abord les résultats qu'il a obtenus par la transfusion, opérée chez les *mammifères* et les *oiseaux :*

1. Le sang frais des mammifères, *qui n'est pas battu*, injecté dans les veines d'un oiseau, produit en peu de secondes la mort avec les symptômes les plus violens d'une intoxication.

2. Le sang *battu* d'un mammifère et injecté dans les veines d'un oiseau ne produit aucun symptôme : l'animal continue de vivre sans que ses fonctions soient troublées en aucune manière.

3. Le sang *battu* possède la faculté de ranimer des animaux asphyxiés par hémorrhagie ; mais il ne possède cette faculté que pour les animaux des la même classe, dont on a pris le sang.

4. La propriété, en vertu de laquelle le sang des mammifères, lorsqu'il n'est pas battu, devient pernicieux aux oiseaux, doit provenir d'un principe immatériel, puisqu'il ne peut pas y exister d'action mécanique ; car les globules du sang des mammifères sont plus petits que ceux des oiseaux, et ces globules seuls dans le sang battu ne produisent pas un tel effet.

5. Il faut donc que ce principe immatériel du sang, qui a une action pernicieuse sur les animaux d'une autre classe, soit une propriété spécifique du sang, propriété qui est encore différente de sa propriété vitale, parce que la première se perd lorsqu'on bat le sang, tandis que la dernière est encore inhérente au sang pour quelque temps.

6. Cette propriété spécifique du sang semble être celle qui maintient la fibrine dans les vaisseaux à un état de dissolution.

7. Malgré les conséquences terribles qui ont lieu, lorsqu'on emploie pour la transfusion le sang d'une autre classe d'animaux, cette opération n'offre pas de danger et peut être avantageuse pour ranimer des personnes asphyxiées. Nous pouvons sans crainte pratiquer la transfusion sur l'homme, en nous servant du sang humain qui n'est pas battu et du sang des mammifères dont l'organisation ne diffère pas trop de celle de l'homme, ou mieux encore, en y employant du sang humain, qu'on a préalablement battu et rechauffé avec soin. C'est surtout avec cette dernière espèce de sang que l'opération peut se faire avec beaucoup plus de facilité et moins de danger.

Les expériences que l'auteur a faites sur *des grenouilles avec du sang battu de l'homme, des mammifères, des oiseaux, des poissons et des écrevisses*, ont fourni les résultats suivans :

1. Le sang même, qui est battu et privé par cela de son caractère propre à l'une ou à l'autre classe d'animaux, exerce encore une grande influence sur le travail vital, et ceci varie selon les différentes classes. Le sang humain produit les phénomènes les plus intenses ; vient ensuite celui des mammifères et des oiseaux, tandis que le sang des poissons est encore mieux toléré que celui des écrevisses ;

2. Le sang hétérogène exerce surtout une action paralysante sur le cœur ;

3. La transfusion du sang hétérogène paraît donner lieu à un ramollissement des parois des vaisseaux ; car on trouve presque toujours après la mort, comme conséquences de cette opération, des exsudations de sérosité, de mucosités et des globules, non-seulement du sang transfusé, mais du sang de la grenouille même :

4. Plus la classe de l'animal, dont on a pris le sang

pour la transfusion, est différente de la classe à laquelle appartient l'animal, sur lequel on a opéré la transfusion, plus l'influence de la transfusion est nuisible.

(*J. Mueller, Archiv. fuer Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche medizin*, 1835. Livr. IV).

Sur l'usage de l'alumine dépurée dans le choléra des enfans; par G.-E.-T. Duerr.

M. Duerr a employé avec beaucoup de succès l'alumine dépurée (*argilla depurata*) dans les formes dangereuses de diarrhée et de choléra, auxquelles les enfans sont sujets. L'action de ce remède paraît différer de beaucoup de celle du carbonate de potasse ou de magnésie. On peut l'administrer sans crainte pendant la première période de la maladie, lorsque la présence des symptômes inflammatoires défend l'usage du muriate et du carbonate de fer, et que cependant la marche rapide du mal exige un traitement actif. L'auteur a encore obtenu des succès au moyen de l'alumine là où les astringens et même l'eau chlorurée avaient échoués; il la préfère à l'acétate de plomb, remède qu'il vaut mieux d'éviter en général dans les maladies des enfans. Pour que l'alumine agisse favorablement, il faut la donner à d'assez grandes doses, d'un demi gros, à un gros dans les 24 heures.

Les symptômes principaux de cette affection dangereuse, qui parcourt ses périodes de 2 à 10 jours, sont les suivans : vomissemens copieux sans effort d'un liquide offrant une odeur aigre et d'une consistance variable; dans plusieurs cas, les dévoiemens ont déjà continué pendant toute une semaine, lorsque l'apparition subite des vomissemens éveilla pour la première fois l'inquiétude des parens.

Ces symptômes sont suivis d'un collapsus et d'un dépérissement rapide du corps, avec dépression de la fontanelle antérieure; yeux retirés dans l'orbite, pâleur et décomposition des traits de la face, extrémités froides, tête brûlante, plus ou moins de fièvre; état de léthargie sans véritable sommeil, (*agrypna coma*); agitation, criaillerie; l'enfant veut être changé d'un bras de sa nourrice à l'autre; il attire les jambes vers le ventre. Défaut d'appétit, soif, raideur de la nuque, et distension de l'estomac telle qu'il fait saillie dans l'hypocondre gauche comme une vessie pleine.

Quant au traitement de cette affection, M. Duerr cherche d'abord à calmer l'irritation de l'estomac et des intestins par le moyen de remèdes émolliens et huileux, combinés avec l'argile; et à exciter alors l'activité de la peau par l'extrait de ciguë, administré à l'intérieur et l'application extérieure d'une poudre épispastique. Les effets immédiats de cette médication sont, la diminution de fréquence et le retour de la couleur naturelle et jaune des évacuations, le calme, et l'apparition d'excoriations dans les plis de la peau autour du cou et aux aînes. Chez des enfans fort jeunes, l'affection cérébrale cède souvent au simple usage de l'eau oxymuriatique; chez des enfans plus âgés et lorsque les symptômes présentent plus d'intensité, l'application de quelques sangsues à l'épigastre ou derrière les oreilles, selon les circonstances. La sécheresse de la peau, la léthargie et le froid des extrémités sont traités par les bains de camomille et de sel, et les lotions froides sur la tête. De temps à autre on a recours à des fomentations chaudes et aromatiques, et à des lavemens avec une infusion de fleurs de sureau et de graine de lin, auxquels on ajoute un jaune d'œuf. L'auteur nous assure que même dans d'autres maladies où les remèdes ordinaires n'ont pu faire disparaître l'inégalité et la sécheresse de la peau, l'usage de ces lavemens est suivi d'une bonne transpiration. La poudre épispastique, employée par l'auteur, est composée de poudre d'écorce de garou récemment préparée. Elle manque souvent son effet, quand la peau n'est pas très-tendre; on peut compter sur une plus grande certitude de succès, en la combinant avec le calomel et même dans des cas très-graves avec le sublimé corrosif. L'endroit où on l'applique, devient ordinairement rouge en 6 à 12 heures.

Le résultat de cette méthode de traitement a été fort satisfaisant; sur 67 enfans, tous au-dessous de l'âge de 15 mois, que M. Duerr a traités en 1833 et 1834, de cette affection, il n'en a perdu que sept. Les limites de notre journal ne nous permettent pas de rapporter ici l'historique des observations et des autopsies rapportées par l'auteur de l'article. Congestion intense des vaisseaux du cerveau, et ramollissement considérable de l'estomac, voilà les principales altérations trouvées après la mort. Dans un cas il y eût perforation.

(*Hufeland und E. Osann, Journal des pratischen Heilkunde.*)

Sur l'emploi de l'Asa fœtida dans la coqueluche; par le Dr Caspari.

Il y a encore dissidence parmi les médecins sur l'efficacité de l'asa fœtida dans la coqueluche. Millar, Stoll, Girtanner et Kopp disent en avoir obtenu des succès, qui sont démentis par d'autres auteurs. Cette différence d'opinions provient peut-être, comme dit M. Caspari, de ce que d'une part les cas qui requièrent l'emploi de ce remède, n'ont pas été bien précisés, et que de l'autre on a été trop exigeant dans les effets qu'on en attendait. M. Caspari ayant eu occasion d'observer les effets de l'asa fœtida dans plusieurs épidémies de coqueluche, nous fait connaître le résultat de ses expériences sur ce point de pathologie. Il est loin de regarder l'asa fœtida comme un spécifique dans la coqueluche, mais il ne nie pas entièrement ses propriétés, et il admet qu'il produit quelquefois d'excellens effets. La forme simple de cette affection n'en éprouve aucune modification; les accès ne deviennent sous son influence ni moins prolongés, ni moins intenses. Mais c'est sur-

tout dans quelques formes compliquées et dangereuses que ce remède exerce toute son action salutaire en régularisant la marche de l'affection. L'usage de l'asa fœtida ne convient pas là où il y a hémoptysie, inflammation ou altération des poumons, ou lorsque les organes de la respiration se trouvent dans un état de paralysie. C'est à l'état de spasme que l'asa fœtida est le mieux indiqué. Plus la coqueluche s'approche de la nature et des caractères de l'asthme de Millar, mieux ce remède semble convenir. M. Caspari pense que dans l'asthme de Millar, ainsi que dans quelques formes de la coqueluche, les nerfs respiratoires sont principalement affectés, avec cette différence que la première de ces deux affections est un spasme tétanique, tandis que l'autre est un spasme clonique. Cet état morbide des nerfs respiratoires n'est dans la coqueluche qu'un symptôme de l'affection des bronches; dans l'asthme de Millar, au contraire, il est ordinairement une maladie originaire du nerf pneumo-gastrique. Or, on pourrait dire que l'emploi de l'asa fœtida est indiqué, *lorsque le spasme intermittent et clonique des bronches ménace de devenir continu et tonique.* Cette complication de la coqueluche a lieu dans certains cas que M. Caspari appelle suffocatoires, et dans d'autres où l'irritation et la compression du cerveau par des paroxysmes réitérés de la coqueluche donnent facilement lieu à des convulsions cloniques générales, à l'asphyxie et à l'apoplexie.

Suivant M. Caspari, les enfans s'habituent bientôt à prendre ce remède dégoûtant. Ses effets sont souvent surprenans et encouragent les mères à en continuer l'usage. M. Caspari confirme l'assertion de M. Kopp que l'usage de l'asa fœtida, même s'il est prolongé, n'entraîne aucune mauvaise conséquence, et qu'au contraire, les enfans soumis à son influence, jouissent ensuite d'une santé plus florissante qu'auparavant. Il paraît que ce remède exerce quelque influence secondaire sur les os. M. Caspari ne juge pas nécessaire d'en porter les doses aussi élevées que Millar dans l'asthme des enfans (une once en 24 heures). La formule dont l'auteur a obtenu le plus de succès est la suivante :

℞.	Asæ fœtid.	3 s.
	Mucilag. gum. Mimos.	℥ s.
	Aqu. flor. til.	℥ 1.
	Syr. flor. Aurant.	℥ s.

que l'on administre aux enfans au-dessous de l'âge de 2 ans, par cuillerée d'enfant toutes les heures ou toutes les deux heures.

Dans le cas d'un danger imminent, il y ajoute 2 à 4 grains de musc. Toutefois, l'expérience a prouvé qu'on obtient davantage de l'asa fœtida sans musc, que du musc sans asa fœtida.

(*Radius et Clarus, Beitraege zur pratischen Heilkunde.* 1835, n°s 6 et 7).

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Sanguinis sub adspectu medico-criminali consideratio. Dissert. inaugur., quam auspice Dr Camillo Platner publicæ disquisit. submittit Nob. Ferdinand. de Panizza. Mediol. 1834. 8. pp. 39.

L'auteur de cette thèse remarquable a recueilli avec beaucoup de soin tout ce qui a été écrit sur le sang dans les ouvrages anciens et modernes. En répétant les expériences microscopiques et chimiques faites sur le sang de l'homme et de divers animaux, il est arrivé à des résultats importans pour le physiologiste et le médecin légiste. Dans le *premier* chapitre (de sanguine) il parle des élémens du sang, de son analyse chimique, et de la différence du sang artériel et du sang veineux. Dans le *second* chapitre (de sanguinis maculis agnoscendis), l'auteur cherche le moyen de découvrir par des procédés mécaniques et chimiques, si les taches rouges imprimées sur les vêtemens, les armes, les outils, etc., proviennent du sang ou d'un autre fluide non-sanguinolent, ayant la propriété de teindre en rouge. Nous avons seulement à noter que ces expériences et les suivantes, ne donnent des résultats certains que lorsque les taches ne sont pas trop petites ni trop rares, et qu'elles sont encore faciles à distinguer. Dans le *troisième* et *dernier* chapitre (de sanguine individuali agnoscendo), l'auteur passe en revue les moyens que nous possédons pour vérifier si les taches proviennent du sang de l'homme ou de quelque animal. Cette analyse offre beaucoup de difficultés, et malgré la foi que l'auteur semble accorder aux expériences faites, avec l'acide sulfurique, par Barruel, il est cependant nécessaire de tenir compte des doutes qui se sont élevés en Allemagne à ce sujet. (Voir Wagner, *Premier rapport sur l'établissement pour l'instruction pratique de la médecine légale.* Berlin, 1834. p. 25, note). Quant aux expériences *microscopiques*, la différence entre les diverses espèces de sang examinées par l'œil armé, serait si grande et si évidente qu'elle ne pourrait pas même échapper à ceux qui ne sont point versés dans ce genre d'essais. Les aréoles qu'on remarque aux globules de sang frais, se distinguent par deux signes caractéristiques, leur volume et leur forme. Les globules du sang de l'homme se caractérisent en outre par un point central, qui est plus opaque. Les aréoles sont moins grandes chez les mammifères, un peu plus grandes chez l'homme, plus grandes encore chez les oiseaux; les plus grandes se trouvent chez les reptiles et les insectes. Dans l'homme et les quadrupèdes la forme des aréoles est sphérique. Quoique dans le sang desséché, on ne distingue pas toutes les aréoles, il y en a toujours assez pour arriver à une conclusion à cet égard. Dissoutes dans l'eau ordinaire, elles ne présentent pas de couleur; mais le point central est visible pendant quelque temps.

Les expériences *chimiques* font reconnaître au sang de l'homme une odeur particulière, semblable à celle de la transpiration. Le sang des femmes sent un peu plus fort; celui des hommes offre plus de plasticité et d'égalité. Le sang de bœuf a aussi une odeur forte et à peu près semblable à celle de la bouse de vache. L'odeur du sang de poule, quoique particulière et pénétrante, ne présente pas de ressemblance avec l'odeur de la transpiration de ce volatile. Le sang de porc sent comme ses excrémens. Celui des grenouilles comme les exhalaisons des marais. Plusieurs corps inorganiques ont une odeur spécifique et aigrelette, qu'il ne faut pas confondre avec celle des substances animales. La décomposition de ces dernières peut seule altérer leurs odeurs, qui, soit qu'elles proviennent immédiatement de l'animal ou non, diffèrent tellement les unes des autres, qu'il n'est pas possible de les confondre.

L'auteur prétend que ces expériences ont offert des résultats tellement certains que la plus petite quantité de sang suffit pour établir une conviction.

(*Schmidt, Jahrbuecher,* Janvier 1836).

A Treatise on pulmonary consumption; comprehending an Inquiry into the causes, Nature, Prevention, and Treatment of Tuberculous and Scrofulous Diseases in general. By James Clark. 8°. London 1835, p. 398. (Traité sur la consomption pulmonaire et recherches sur les causes, la nature, la prophylaxie et le traitement des maladies tuberculeuses et scrophuleuses en général; par James Clark.)

Cet ouvrage a d'abord paru en substance, il y a un an, dans l'Encyclopédie de la médecine pratique, sous la forme d'un article intitulé : « *Tubercular Phthisis.* » L'accueil favorable qu'il a reçu a déterminé M. Clark à le publier séparément, dans un cadre moins resserré.

Nous croyons pouvoir affirmer que ce traité, dans l'état où il se trouve maintenant, est de tous ceux qui ont été écrits sur l'affection tuberculeuse, le plus digne d'être recommandé à l'étude des gens de l'art et surtout des jeunes médecins. Quoique inférieur, peut-être, dans quelques parties, aux ouvrages admirables de Laënnec, Bayle, Louis et Andral, il est incomparable, considéré sous le rapport de l'utilité pratique, et comme guide du praticien sans expérience.

Il y a surtout deux opinions en vogue sur l'origine des tubercules. Les uns les regardent comme une affection purement locale qui excite l'action sympathique

de toute l'économie, longtemps après que la maladie locale a fait de notables progrès. Les autres, (et M. Clark est de ce nombre) pensent que les tubercules ne proviennent jamais d'une *simple* irritation locale, mais *qu'ils sont invariablement la conséquence d'une prédisposition morbide de la constitution, sans le concours de laquelle ils ne sauraient être produits par les seules causes accidentelles.*

Toute l'histoire des tubercules pulmonaires semble prouver qu'ils ne sont que les résultats locaux d'un désordre constitutionnel et préexistant. Soit que nous les considérions à leur origine, à leur progrès, à leur complication, à leurs dernières terminaisons ou relativement à l'insuccès du traitement local, nous arrivons toujours à la même conclusion. Toutes imparfaites que sont nos connaissances, nous avons pourtant déjà trop bien reconnu la nature intraitable des véritables désorganisations, pour que nous puissions nous flatter de l'espoir d'arriver bientôt à la découverte d'un remède propre à guérir les tubercules une fois qu'ils sont formés. Ainsi, ce n'est que dans la première période du mal, avant que la désorganisation même ait lieu, que nous pouvons nous promettre quelque succès.

Nous ne pouvons donc que recommander avantageusement un ouvrage qui contient la meilleure exposition de cette partie, la plus importante et jusqu'ici la plus négligée, et, nous l'avouons, nous sommes tout à fait d'accord avec l'auteur, qui croit que c'est la voie la plus sûre pour arriver à une connaissance pathologique et thérapeutique plus saine des maladies tuberculeuses.

Dans chacune des *causes* qui produisent la phthisie, nous trouvons un motif de plus pour croire que cette maladie est d'origine constitutionnelle. Les causes agissent de telle sorte qu'ordinairement elles détériorent la santé générale. Aussi longtemps que la constitution n'est pas atteinte, les causes excitantes ne produisent pas la consomption. Mais dès qu'il y a diminution du ton général, par suite d'une vie sédentaire, d'une nourriture insuffisante, d'une digestion altérée, d'affections comprimantes de l'ame, d'excès dans les études, ou enfin par l'influence d'une atmosphère malsaine, la prédisposition peut s'accroître au point qu'un rien suffise pour provoquer la formation de la matière tuberculeuse. C'est faute d'établir cette distinction entre les conditions constitutionnelles et locales de cette affection, qu'à tout moment on désigne comme causes excitantes et actives de la phthisie des agens qui, au fait, ont fort peu d'influence directe sur la production de cette maladie, tandis que l'on compte pour rien d'autres causes d'action lente et plus générale, dont l'importance pratique est bien plus grande. Nous citons comme exemples des premières, le catarrhe pulmonaire et l'inflammation. Combien de fois n'avons-nous pas observé la première de ces affections, à tous les degrés d'intensité et de fréquence, chez des personnes qui jouissaient au reste d'une excellente santé, sans que cette affection des bronches ait laissé après elle des tubercules! Ne voyons-nous pas tous les jours un grand nombre d'inflammations qui guérissent sans laisser aucune trace? Cette même remarque, nous pouvons l'appliquer au refroidissement des pieds, à l'humidité et à plusieurs autres agens accidentels qu'on a rangés parmi les causes principales de la consomption, par la seule raison que leur action a été pour ainsi dire, immédiatement suivie du développement *sensible* de la maladie.

Il faut donc toujours, comme M. Clark l'observe très bien, qu'il y ait prédisposition originaire ou accidentelle pour qu'un refroidissement ou une inflammation puisse donner lieu à la phthisie pulmonaire, prédisposition que l'auteur distingue par le nom de *cachexie tuberculeuse* ou *strumeuse*. Elle peut exister dès la naissance ou se développer à toutes les périodes de la vie, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. Innée, elle est ordinairement le résultat d'une condition morbide des parens. La qualité héréditaire de la cachexie tuberculeuse est un des faits les mieux constatés en étiologie. M. Clark s'efforce de réfuter l'opinion générale qu'il faut que les parens soient réellement atteints de la cachexie scrofuleuse pour la communiquer à leurs rejetons. Il prouve au contraire que toutes les causes qui détériorent la santé des parens peuvent produire la constitution tuberculeuse des enfans qui naissent pendant que les premiers se trouvent sous leur influence. Même des enfans engendrés pendant la convalescence d'une fièvre ou d'une autre maladie, portent ordinairement l'empreinte de cette origine. Mais, parmi toutes les causes qui agissent primitivement sur les parens, la dyspepsie est, selon M. Clark, la source la plus féconde des cachexies sous toutes les formes.

L'auteur établit plusieurs degrés de la constitution tuberculeuse, telle qu'elle peut exister au moment de la naissance :

1. L'enfant nouveau-né peut porter des tubercules dans un ou plusieurs organes, au moment de la naissance même.

2. L'enfant peut être atteint de cachexie tuberculeuse, et il ne faudra alors que quelque légère cause occasionnelle pour déterminer la formation de la matière tuberculeuse dans un organe quelconque.

3. L'enfant présente tous les caractères d'une constitution tuberculeuse ou scrophuleuse, qui, à moins qu'on n'en prenne tous les soins possibles, passe insensiblement à l'état de maladie tuberculeuse, qui est suivie de la mort.

4. Ou enfin, l'enfant offre une grande prédisposition à tous les dérangemens fonctionnels propres à engendrer la constitution tuberculeuse. Parmi ces affections nous remarquons surtout la dyspepsie, appelée *strumeuse* par l'auteur; selon lui, ce sont surtout les enfans de parens atteints de la dyspepsie, de la goutte, des maladies de la peau et d'autres affections *non* tuberculeuses, qui sont sujets à ce dernier genre de prédisposition. Ils forment la classe la plus nombreuse, parmi ceux qu'atteignent les quatre variétés d'affection héréditaire, et ce sont eux qui offrent le plus de chances de guérison.

Parmi les causes principales qui donnent naissance

à la cachexie tuberculeuse, quand il n'y a pas de prédisposition héréditaire, il cite les suivantes : une mauvaise nourriture, une atmosphère impure, le défaut d'exercice, et de vêtemens convenables, la malpropreté, l'abus des boissons spiritueuses et les affections morales. » L'influence nuisible de ces agens sur les enfans est d'autant plus sensible que leur constitution ne s'est pas encore affermie ; de là l'importance d'un régime approprié, à suivre dès l'enfance et la nécessité d'une réforme pleine et entière de nos systèmes d'éducation.

La *nourriture* peut pécher par *excès*, par *défaut* ou par sa *qualité*. C'est du défaut et de la mauvaise qualité de la nourriture que souffrent les classes inférieures, tandis que les classes élevées souffrent de son excès et de ses qualités trop stimulantes. Il est cependant rare que, chez les pauvres, cette cause ne soit pas combinée avec d'autres, comme la malpropreté, l'air vicié, etc.

Le *défaut d'air* et d'*exercice* contribuent encore plus que le manque de nourriture à produire la cachexie tuberculeuse ; aussi nulle part cette maladie n'est-elle plus fréquente que dans les fabriques, dans les manufactures, dans les villes populeuses, dans les rues étroites, où l'air et la lumière ne peuvent guère pénétrer. M. Baudelocque va même jusqu'à prétendre que l'air vicié est la seule cause des scrofules ; et certes, quand on considère que la respiration est un acte essentiellement nécessaire pour convertir les alimens en substance nutritive, on ne s'étonne plus que le défaut d'air frais diminue infailliblement les forces et engendre la prédisposition tuberculeuse.

La vie sédentaire ne produit pas moins facilement la cachexie tuberculeuse, par le défaut d'exercice et d'air qu'elle entraîne nécessairement, et c'est par cette cause que la constitution s'affaiblit chez les femmes, et chez les personnes qui se livrent aux travaux de l'intelligence. Mais d'un autre côté la santé peut également souffrir d'un *excès* d'exercice, et c'est ce que nous observons surtout lorsqu'avant l'âge de la maturité, les jeunes gens abusent de leurs forces pendant leur croissance et avant leur entier développement.

Les *affections morales* contribuent souvent beaucoup à produire la constitution tuberculeuse. L'homme, qui est en proie au chagrin, à la tristesse et à une tension d'esprit presque continuelle, est sujet à des dérangemens fréquens de l'estomac et des intestins ; sa nutrition languit, la couleur naturelle de son teint est remplacée par une pâleur terreuse, et la plus légère irritation locale, amène souvent une maladie grave des poumons, du mésentère ou d'un autre organe. Cependant l'individu ne ressent pour le moment, qu'une certaine faiblesse et ne s'aperçoit de l'altération de sa santé, que lorsque la maladie, par ses progrès, l'a rendu incapable de vaquer à ses occupations.

L'état de congestion de la circulation veineuse de l'abdomen est, suivant M. Clark, un des symptômes le plus constamment éprouvés par les individus ayant une prédisposition marquée à la maladie tuberculeuse. Cette disposition à la congestion abdominale que nous rencontrons chez les enfans ayant l'habitus scrophuleux, donne naissance à des tubercules et cause une mort prématurée, lorsqu'on n'y remédie pas de bonne heure. Ce même état de congestion est le précurseur de la cachexie tuberculeuse, dans la jeunesse. Alors il se manifeste souvent par l'épistaxis, l'hémoptysie et même par les hémorrhoïdes. Mais c'est surtout à un âge moyen, de 35 à 50 ans, que cette congestion abdominale se présente sous des symptômes plus marqués, comme la dyspepsie par exemple, qui persistent quelquefois pendant longtemps et cachent fréquemment l'affection pulmonaire, jusqu'à ce que cette dernière ait fait de grands ravages.

M. Clark observe que cet état de congestion était bien connu des anciens, sous le nom d'*infarctus abdominalis*. Lepelletier et Carmichael attribuent aussi l'origine des scrophules à un désordre semblable des viscères abdominaux.

Si l'on considère dans les hautes classes de la société, l'usage habituel d'une nourriture stimulante et de boissons excitantes, joint aux veilles, à l'air enfermé des appartemens chauds et étroits, à l'inertie morale et physique et à un mode d'habillement vicieux, on comprendra sans peine que la constitution tuberculeuse ne doit pas être moins fréquente chez les riches que parmi les pauvres.

L'influence *de l'habillement* est encore une des causes évidentes de cette maladie. Dans les classes pauvres le défaut des vêtemens contribue à aggraver toute affection.

Sous le titre *Statistique de la consomption*, l'auteur nous fournit, sur l'origine de la cachexie tuberculeuse, un grand nombre de données intéressantes sur lesquelles il cherche à appuyer l'idée principale de l'ouvrage, que les tubercules ne sont pas une maladie locale, mais le résultat d'une affection constitutionnelle, et que leur apparition n'a jamais lieu que lorsque la santé générale est déjà plus ou moins détériorée. Par exemple, il semble résulter des meilleurs tableaux statistiques, qu'on rencontre, sinon jamais, du moins fort rarement, des tubercules au moment de la naissance, à moins que les parens ne se trouvent alors même atteints de maladie ou d'une forte prédisposition. Mais l'affection tuberculeuse est très-commune à la fin de la seconde année, après que l'allaitement, la dentition, le régime et les localités dans lesquelles les enfans doivent vivre, ont eu le temps d'affaiblir leur constitution et surtout les fonctions de la digestion et de l'assimilation. Cela est si vrai que M. Clark pense que la tendance à l'affection tuberculeuse est cent fois plus grande à l'âge de 4 ans qu'au moment de la naissance ; et que, sur cent individus qui meurent avant l'âge de la puberté, il y en a environ 27 affectés de cette maladie. Ces faits sont de nature à frapper l'esprit et à faire sentir la gravité des erreurs que présentent nos systèmes d'éducation. Dans l'enfance, où la digestion et la nutrition sont le plus actives, les organes et les glandes de l'abdomen sont le plus fréquemment le siége de l'affection : tandis

qu'après l'âge de 18 ans, ce sont les poumons qui sont le plus souvent affectés de tubercules. Cependant la nature de la maladie est toujours la même, bien que son siége soit différent.

Parmi les professions, celles qui tendent directement à détériorer la santé générale, sont aussi invariablement celles qui produisent la plus large proportion de maladies tuberculeuses. Il n'y a peut-être pas de cause, et M. Clark n'en excepte même pas la prédisposition héréditaire, qui exerce une influence aussi prononcée dans la production de la consomption que le défaut d'air et d'exercice. C'est pourquoi la maladie est si fréquente parmi les femmes de la haute société, parmi les cordonniers, les tailleurs, les tisserands, et ceux qui passent les journées dans une position gênante et dans des appartemens mal aérés ; tandis que ceux dont les professions obligent à mener une vie active, en plein air, comme les bouchers, les tanneurs, les matelots, sont presque entièrement exempts de cette affection. Les Jésuites, bien convaincus des conséquences pernicieuses d'une vie inactive, prescrivirent, dans leurs réglemens, des exercices physiques après chaque intervalle de deux heures d'étude.

Les causes productrices les plus actives de la phthisie tuberculeuse, sont insuffisantes *là où il n'y a pas de prédisposition ;* c'est ainsi que les tailleurs de pierres, les émouleurs et autres artisans, que leur profession expose journellement à respirer un air chargé de poussière âcre, présentent rarement la vraie phthisie pulmonaire. Néanmoins la plupart d'entre eux succombent ordinairement avant l'âge de 40 ans, à quelque maladie des poumons. Mais c'est presque toujours la bronchite chronique, qui leur devient funeste ; les tubercules ne paraissent chez eux que lorsqu'il existe une forte prédisposition. Encore une preuve de l'influence qu'exerce la constitution, dans la production de cette maladie.

Le *climat,* en dernier lieu, lorsqu'il est *froid, humide* et *inconstant,* favorise extrêmement le développement des scrofules et de la consomption.

Telles sont les véritables causes de la phthisie. Elles développent la prédisposition, et c'est celle-ci, en effet, qui forme le premier acte du drame funeste. Les inflammations et les rhumes accidentels, auxquels on attribue ordinairement l'origine de la maladie, ne sont que les étincelles qui allument le feu. *L'âge de la puberté* est une période de la vie très-importante pour les personnes prédisposées à la consomption. Le physique ne se développe pas, comme il devrait le faire à cet âge, les jeunes gens restent faibles et maigres, ils ont l'air malsain. Qu'on prenne alors toutes les mesures pour prévenir le danger du développement de la cachexie tuberculeuse ; qu'on fasse une attention particulière à l'état des organes digestifs et de la peau. On les trouvera ordinairement malades ; la langue est sale, les évacuations alvines irrégulières ; la peau rugueuse, sèche et le siége d'éruptions sous les différentes formes d'acné. Les jeunes filles éprouveront des retards et des irrégularités dans la menstruation.

Nous ne saurions recommander assez sérieusement aux parens de ne jamais négliger ces indices de la cachexie tuberculeuse ; car il est certain qu'un grand nombre de jeunes gens qui meurent victimes de cette maladie entre 20 et 30 ans, pourraient être sauvés, si l'on prenait à temps les mesures propres à arrêter son développement.

Le but principal du praticien doit être de *prévenir et d'éloigner les suites de cette prédisposition morbide.* Ce but, puisqu'on peut l'atteindre, est même plus important, suivant M. Clark, que le traitement de la phthisie consommée, lorsqu'elle est, pour ainsi dire, devenue incurable. Éviter l'influence de toutes les causes morbides prédisposantes qui ont été énumérées ; tel est l'objet principal de la prophylaxie. La nourriture, l'air, l'exercice, le vêtement, le travail, tout doit être réglé selon les principes d'hygiène qui résultent d'un examen scrupuleux des causes prédisposantes de la cachexie tuberculeuse. Les limites de ce journal ne nous permettent pas d'entrer dans des plus longs détails à ce sujet; mais nous croyons devoir faire observer que, parmi les moyens prophylactiques, M. Clark attache la plus haute importance à l'exercice pour ainsi dire méthodique des organes de la respiration, à des inspirations profondes, à la lecture à haute voix et aux jeux bruyans en plein air.

Quoique la plupart des opinions et des principes exposés dans cet ouvrage soient déjà connus dans le monde médical, il n'en est pas moins vrai que l'auteur, par l'heureuse tentative qu'il a faite pour en démontrer la vérité et l'utilité pratique, afin d'arrêter les progrès de cette formidable maladie, a acquis des droits incontestables à la reconnaissance de l'humanité. La traduction française du Traité de M. Clark, qui nous est promise depuis longtemps, enrichira notre littérature d'un ouvrage précieux, et nous croyons pouvoir lui prédire un plein succès.

Die Krankheiten des vegetativen Systems und die entgiftende Heilmethode. — *Les maladies du système de végétation;* par Eisenmann. (Erlangen, 1835).

Depuis le pas immense qu'ont fait les sciences naturelles, dans les derniers temps, on sent plus que jamais que la pathologie n'a de progrès à espérer qu'en se ralliant intimement à ces dernières, et en profitant de toutes les lumières qu'elles peuvent lui prêter. La chimie organique, l'anatomie, la physique appliquée aux êtres animés, la physiologie et la pathologie ne forment qu'une seule science, qui a pour objet d'approfondir les mystères de la vie végétale ou animale, dans tous ses phénomènes, à l'état de santé ou de maladie.

Le monde n'est qu'un grand organisme ; les lois de la vie se retrouvent partout ; elles sont partout les mêmes, malgré leurs anomalies ; et il y a de l'harmonie jusque dans le désordre apparent des phénomènes vitaux. L'étude de ceux-ci sous toutes les formes, constitue

l'histoire naturelle ou l'expérience ; comprendre l'harmonie de ces phénomènes, connaître les lois et les principes qui les régissent, tel est l'objet de la science appelée *philosophie de l'histoire naturelle*. Cette dernière partie des sciences naturelles a été cultivée avec une grande prédilection en Allemagne, depuis le commencement de ce siècle.

Ne pouvant pas entrer ici dans les détails historiques de la grande réforme philosophique qui s'est opérée depuis l'impulsion donnée par Schelling, Steffens, Kielmeyer, Meckel, nous nous bornons à faire observer que cette réforme devait nécessairement exercer une influence sur la méthode introduite dans l'étude de toutes les branches des sciences naturelles. On commençait à s'apercevoir de la stérilité des faits détachés du système général auquel ils appartiennent ; on reconnaissait également le vide et l'obscurité des hypothèses qui se bornaient à expliquer des faits mystérieux et isolés. Dès lors se prépara une nouvelle ère, fertile en résultats ; on rapprocha les faits, on les compara, on en chercha partout les analogies et les différences, on les coordonna, on s'éleva de généralité en généralité jusqu'à ce qu'on arriva à des formules générales qui pouvaient être regardées comme des principes, aussi longtemps que le domaine de la science ne s'étendait pas au delà de ces limites. Tel est le système adopté aujourd'hui dans la plupart des branches des sciences naturelles. Se présente-t-il un fait nouveau, inconnu jusqu'ici, on lui assigne facilement la place qui lui convient, sans qu'il soit nécessaire de le dénaturer pour l'adapter au système. Il est facile de comprendre tous les avantages d'une pareille méthode appliquée aux sciences. Aussi quels immenses progrès n'a-t-elle pas fait faire à la chimie, à l'anatomie humaine, pathologique et comparée, à la géologie, à la botanique et à la physiologie.

Mais la méthode de l'observation n'est pas également applicable à toutes les branches des sciences naturelles, parce que toutes ne possèdent pas au même degré la faculté d'interroger les faits. En pathologie, les faits ne se prêtent pas à l'observation comme le specimen d'un animal ou d'une plante. Il est non-seulement des cas qui se rencontrent très-rarement en nature ; mais encore l'objet de l'observation de la maladie n'est pas stable, l'état morbide varie à tout moment, et présente à l'observateur des faces différentes. Ces difficultés expliquent pourquoi la pathologie, qui n'est pas moins une science expérimentale que la botanique, la chimie, la physiologie etc., est cependant la plus arriérée de toutes, et pourquoi il a été si difficile de lui appliquer les mêmes principes qui ont servi de base aux autres branches.

Il fallait un génie transcendant, uni à une rare faculté d'observation, pour oser chercher la solution d'un problème aussi difficile. Cette œuvre était réservée à un homme, jusqu'à présent peu connu en France, mais qui jouit en Allemagne d'une réputation colossale, comme fondateur d'une nouvelle école clinique. Schoenlein, ci-devant professeur de clinique interne à l'université de Wurzbourg, actuellement professeur de clinique à Zurich, n'a rien publié jusqu'ici. C'est par une sorte de tradition, c'est par ses élèves dispersés dans toute l'Allemagne que se propagent les doctrines qu'il professe dans ses leçons et au lit des malades. C'est à cette source que M. Eisenmann a puisé les élémens de l'ouvrage que nous annonçons, et nous nous plaisons à reconnaître dans ce dernier un talent extraordinaire à l'aide duquel il poursuit la route tracée par son illustre maître, et contribue ainsi à l'accomplissement de l'œuvre commencée par Schoenlein. M. Eisenmann excite toutes nos sympathies, non-seulement par la sagacité profonde avec laquelle il pénètre dans les mystères de la vie morbide, mais encore par des malheurs personnels. Nouveau Raspail, et condamné comme lui pour délit de presse, M. Eisenmann, autrefois rédacteur d'un journal politique libéral, est détenu à Munich depuis 4 ans. C'est également dans les prisons du gouvernement qu'il travaille à l'illustration d'un siècle qui n'a payé ses efforts que par la misère et l'ingratitude. Ce n'est pas le premier ouvrage qui soit sorti de ce triste séjour. Il a été précédé de trois autres mémoires non moins remarquables, qui traitent de la fièvre puerpérale, de la famille des maladies typhoïdes et des *pyres* (*pyren* mot propre à Eisenmann).

M. Eisenmann donne, dans l'ouvrage que nous avons sous les yeux, la pathologie générale d'une classe de maladies qu'il appelle *maladies végétatives*, parmi lesquelles il comprend toutes les aberrations des fonctions végétatives ou de reproduction ; (*hématoses*, maladies du sang et des vaisseaux d'après Schoenlein.) Cette espèce de pathologie générale sert d'introduction aux monographies des différentes familles de maladies dont M. Eisenmann a déjà publié quelques-unes, et qu'il se propose de faire paraître successivement. L'auteur trace en même temps un aperçu de son système, auquel nous ne pouvons *pas donner tous nos suffrages à cause de* la terminologie pleine de néologismes souvent fort superflus et d'une division des genres poussée quelquefois trop loin.

Sans base physiologique il n'est pas aujourd'hui de pathologie possible. Comme l'auteur fait jouer le principal rôle dans l'action morbide à la *capillarité* (tel est le terme, par lequel il désigne l'action réunie réciproque des vaisseaux capillaires et des dernières ramifications nerveuses dans ce système), c'est aussi sur le travail physiologique de cette capillarité, qu'il concentre toute son attention. C'est en faisant agir les globules du sang sur les globules médullaires des nerfs, par une sorte d'*antithèse galvano-électrique*, qu'il explique la sanguification, la nutrition, la sécrétion, la circulation et la calorification.

C'est cette même capillarité qui est, d'après l'auteur, la source de toute action morbide ; il n'y a ni vie saine, ni vie malade sans action réciproque du sang et des nerfs. M. Eisenmann est un des plus intrépides défenseurs de l'opinion, si souvent réproduite, que l'action morbide n'est qu'une vie parasite entée sur la vie normale. Son système représente une échelle, qui depuis les formes

les plus simples sous lesquelles la maladie se manifeste, formes qu'il compare aux plantes *cryptogames* du règne végétal, s'élève, par une série progressive de formes plus en plus individualisées, jusqu'au développement des contagions et d'êtres réellement animés (maladies qui se propagent par semences, comme l'acarus de la gale; etc.)

Ce qui nous semble être de la plus haute importance, pour les avantages qui en résultent dans les recherches pathologiques, c'est la distinction philosophique de la maladie en quatre élémens principaux.

1° La *qualité* de la maladie, qu'il appelle aussi principe, âme, essence du travail morbide, qualité en vertu de laquelle par exemple la maladie scrophuleuse n'est pas la même que la maladie syphilitique, le scorbut diffère de l'inflammation, etc.

2° La *forme* de la maladie, son corps, pour ainsi dire, ou en d'autres termes, l'ensemble de ses produits morbides, fluides ou solides, ses altérations anatomiques.

3° La *localité* de la maladie; en vertu de laquelle la maladie vénérienne par exemple peut attaquer les parties génitales ou les glandes lymphatiques, ou les muqueuses, ou le système osseux, etc., et reste néanmoins toujours la syphilis, mais ayant pour siége différens organes.

Enfin, 4° *l'intensité*, la *quantité* de la maladie, c'est-à-dire, le degré de réaction organique que l'organisme met en jeu contre l'invasion de la maladie. L'auteur nomme les trois premiers élémens *la partie productive*, et le dernier *la partie réactive* de la maladie.

L'espace nous manque pour donner de ce volumineux ouvrage une analyse assez étendue pour en faire apprécier toute la portée philosophique. Il fourmille, pour ainsi dire, de vues originales mais qui sont si intimement liées entre elles, que nous craindrions de nous rendre coupables d'une mutilation en en donnant quelques extraits tronqués qui ne serviraient qu'à laisser aux lecteurs une idée très-imparfaite de l'ensemble. Mais si jamais notre voix pénètre jusqu'à l'auteur, à travers les murs de son cachot, qu'il veuille accepter les hommages scientifiques que nous joignons à ceux de ses compatriotes, comme un faible adoucissement à ses peines sociales, et nous désirons que ces marques d'un intérêt général puissent soutenir ses efforts si riches en résultats pour les progrès de la science.

New Treatment of Malignant Diseases, and Cancer, without Incision; by A. M. Bureaud Riofrey, M.-D. — 8°, pp. 7-8. London, 1836.

(Nouveau traitement des affections malignes et cancéreuses, sans opération.)

Notre époque est si riche en découvertes anatomiques et théoriques et si pauvre en recherches de quelque utilité immédiatement pratique et thérapeutique que nous croyons devoir appeler l'attention de nos lecteurs sur tout ouvrage nouveau qui nous fait oublier pour un moment l'amphithéâtre, et nous rappelle le premier et le dernier but de nos efforts et de notre vocation, *celui de guérir*. Combien n'a-t-on pas écrit, dans ces derniers temps, sur l'histoire des maladies cancéreuses? combien n'a-t-on pas accumulé de descriptions de formes et de variétés différentes de ces affections dans les Traités de médecine et de chirurgie, et dans les ouvrages périodiques! Combien de faits et de matériaux n'a-t-on pas rassemblé, pour faire avancer nos connaissances sur ce point de la science que nous pouvons appeler avec quelque raison, *opprobrium medicorum!* Et qu'est-ce que les malades ont gagné de tous ces efforts? Toutes les belles découvertes en anatomie pathologique que nous révendiquons pour notre époque n'offrent guères de compensation pour le sentiment décourageant, d'impuissance, qui nous glace de tristesse lorsque nous rencontrons dans la pratique de ces malheureux incurables qu'un cancer dévore.

Nous savons gré à M. Bureaud Riofrey d'être venu relever notre courage à cet égard, par les succès qu'il promet de l'application du chlorure de zinc dans les affections cancéreuses. D'après une note de M. le docteur Chardon fils, extraite du Magazin de Rust et publiée en 1831, dans le *Bulletin des sciences médicales*, (t. XXIV, p. 235), il paraîtrait que la priorité de l'emploi du chlorure de zinc comme caustique appartient à M. le professeur Hanke de Breslau. L'attention du monde médical a de nouveau été appelée sur ce remède escharrotique par M. Canquoin, lorsque l'année dernière, il soumit ses expériences au jugement de l'Académie de médecine de France, et en provoqua d'autres de la part de M. Velpeau, qui a fait connaître une modification de ce remède dans le *Bulletin de thérapeutique*. M. Bureaud Riofrey, médecin français, qui exerce avec distinction à Londres, empressé de faire jouir ses cliens des avantages d'un nouveau genre de traitement qui paraît réunir beaucoup de suffrages en sa faveur, et non content de le mettre en pratique sur la foi des journaux de médecine, crut devoir faire le sacrifice de se rendre à Paris, afin de se convaincre de plus près et par lui-même des cures tant préconisées de M. Canquoin. L'opuscule que nous avons sous les yeux, contient les résultats des expériences, recueillies à ce sujet par l'auteur, tant pendant son excursion en France qu'immédiatement après son retour à Londres, où M. Lawrence s'empressa de confier à ce traitement plusieurs malades de l'hôpital Saint-Bartholomé.

Dans l'introduction de son mémoire, M. Riofrey fait la remarque judicieuse que nous manquons encore jusqu'ici d'un ouvrage qui renferme des données précises sur l'action spécifique des divers caustiques; ils ont certes tous leurs propriétés et par conséquent leurs indications spéciales. C'est donc comme spécimen d'un pareil ouvrage que l'auteur nous offre son essai, par lequel il cherche à prouver « *que la méthode escharotique ne consiste pas dans l'application indéterminée de tel ou tel caustique, mais que c'est l'expérience et la diversité de l'affection et du tissu morbide, qui doivent*

décider du choix à faire dans chaque cas individuel.» (p. VIII.)

M. Riofrey expose dans la première partie de son travail ses idées sur la nature du cancer, qui ne manquent pas d'originalité. Il attache beaucoup de prix à l'influence des âges sur cette sorte de productions morbides et nous le suivons avec plaisir dans son raisonnement judicieux sur l'inégale répartition de l'action nutritive dans les organes, par les effets de l'âge, comme une des causes principales des anomalies de la réproduction. Nous ne saurions cependant adopter dans toute son étendue l'opinion de M. Riofrey sur l'origine *locale* du cancer. «Jam of opinion», dit-il, (p. 7) «that cancer is » dependent of an anomaly of nutrition, caused by an » affection of the nervous extremities, and a want of » equilibrium between the secretive and absorbent » functions; or rather, it is the result of a *necrosis* of a » nervous extremity.» («Je suis d'avis que le cancer dépend d'une anomalie de la nutrition, produite par une affection des extrémités nerveuses et par un défaut d'équilibre entre les fonctions de la sécrétion et de l'absorption; ou, si j'ose ainsi dire, qu'il est le résultat de la *nécrose* d'une extrémité d'un nerf.») Il nous semble moins y avoir de nécrose que de l'exaltation et de l'altération de la fonction des nerfs dans le tissu cancéreux. Là où il y a défaut complet d'innervation, la partie organique tombe en gangrène, état morbide qui n'a aucun rapport de ressemblance avec le cancer; ce qui, nous frappe, au contraire, dans cette dernière affection, c'est la vie parasite, cette nutrition presqu'*indépendante*, qui s'est établie dans le tissu cancéreux, et qui, s'effectuant aux dépens du reste de l'organisation, semble vouloir envahir tout l'individu et le transformer en substance carcinomateuse, et au lieu de dire avec l'auteur (p. 15) «where is cancer, there is death, partial death in the tissus», (partout où il y a cancer, il y a mort partielle des tissus,) nous préférerions de croire que dans une partie atteinte de carcinôme, de fongus médullaire ou hématode il y a vie anomale, mais *exubérante*.

Dans un chapitre particulier *sur la cautérisation*, M. Riofrey fait ressortir tous les avantages que possède l'action caustique du chlorure de zinc. Outre que ce remède agit énergiquement sans présenter les dangers d'intoxication qu'il y a lieu de craindre par l'emploi des escharotiques arsénicaux, et outre que son action ne s'étend pas au delà du lieu d'application, M. Riofrey croit encore que ce caustique n'enlève pas seulement les parties cancéreuses, mais «qu'il soustrait encore les parties environnantes à l'infection (à l'instar des autres chlorures) et détruit pour ainsi dire de cette manière *l'atmosphère morbide* de ces végétations malignes.» (P. 18, 19.)

Dans les pages qui suivent, l'auteur appuie ses assertions sur sept cas d'affections malignes, observés parlui à Paris et à Londres, dans lesquels le chlorure du zinc a été employé avec succès; nous y remarquons quatre cas de cancer du sein, un cas d'ulcère carcinomateux de la lèvre inférieure, un cas d'anthracine ou de cancer melané de la jambe, (ces deux derniers ont été traités par l'auteur à l'hôpital de Saint-Bartholomé à Londres), et un cas d'ulcération du col de l'utérus, où le nouveau caustique a été appliqué directement sur la muqueuse des organes génitaux. Les limites de notre analyse ne nous permettent pas de suivre l'auteur dans les détails de ces observations, qui sont autant de témoignages en faveur de l'efficacité du nouvel escharotique.

Dans la dernière partie de son mémoire, M. Riofrey passe en revue les divers caustiques employés et recommandés dans le traitement des affections carcinomateuses; ce sont la potasse caustique, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, l'arsenic, et enfin le chlorure de zinc. La pâte escharotique dont il se sert, est composée de parties égales de chlorure de zinc et de farine; il ne l'applique jamais plus de vingt-quatre heures.

M. Bureaud Riofrey est loin de croire que le chlorure de zinc est une panacée; il est même des cas, dit-il, où on ne devrait pas y avoir recours. Il lui attribue en outre une propriété *hémostatique;* dans toutes les applications qu'il en a vu faire et qu'il en a faites lui-même à des surfaces riches en vaisseaux, il n'a jamais observé la moindre hémorrhagie, circonstance qui est probablement due à la propriété générale des chlorures, de coaguler l'albumine.

Nous terminerons cette analyse en engageant M. Bureaud Riofrey à réaliser bientôt la promesse qu'il nous fait de la publication prochaine d'un ouvrage plus étendu sur les caustiques et le traitement des maladies cancéreuses en général; et nous recommandons en attendant à l'attention des médecins praticiens la méditation des recherches importantes auxquelles il s'est livré et dont il nous offre aujourd'hui les premiers résultats.

Dr. CANSTATT.

Elémens de chimie, traduits de l'allemand, de MITSCHERLICH, *professeur à Berlin*, par B. VALERIUS, docteur en Sciences de l'ancienne université de Liége (1).

Le Traité de chimie par Berzélius traduit du suédois par le chimiste allemand Woehler, et de l'allemand par Esslinger, est l'ouvrage le plus complet et le plus systématique qu'on connaisse sur la chimie. Une nouvelle édition de ce grand travail vient de paraître en Allemagne, et il est probable que la traduction française de cette dernière édition sera bientôt du domaine de la presse belge.

Les Elémens de chimie de Mitscherlich servent d'introduction au traité de Berzélius.

Ecrivant pour celui qui commence l'étude de la science, Mitscherlich débute par la description d'ex-

(1) Se vend à l'établissement Encyclographique.

périences faciles, d'où l'on puisse déduire les idées générales les plus importantes de la chimie; elles font connaître la nature des corps les plus répandus, tels que l'air et l'eau. En passant insensiblement du simple au composé, du connu à l'inconnu, l'auteur familiarise les élèves avec les faits, puis il en déduit les théories qui servent à les grouper ensemble. Cette marche synthétique n'est pas celle qui convient lorsqu'on s'adresse à celui qui a déjà fait quelques pas dans la science. Aussi les ouvrages tels que celui de Berzélius, commencent-ils par l'affinité et les corps impondérables. La chimie est dans ces ouvrages une science qu'il faut déduire des idées électriques, comme l'astronomie est basée sur la gravitation, comme les sciences exactes décident d'un certain nombre de vérités incontestables, appelées axiomes. La définition de la science, les parties dans lesquelles elle se divise, sa mécanique, qui, dans d'autres ouvrages sont placées au commencement, se trouvent à la fin dans les Elémens de Mitscherlich. On y trouve aussi les substances organiques traitées pêle-mêle avec les corps inorganiques, et cette marche n'est pas seulement conforme au plan que s'est tracé l'auteur d'après lequel il devait moins exposer les faits qui composent le domaine de la science, que préparer l'élève à l'étude de ces faits, et lui inspirer le goût de cette étude; mais elle est en outre rationnelle attendu que rien ne milite, dans l'état actuel de nos connaissances, en faveur de la classification des corps en organiques et en minéraux, si ce n'est que cette classification semble soulager la mémoire dans l'étude de tous les faits qui doivent figurer dans son ouvrage complet et systématique.

Mais le but du chimiste de Berlin n'a pas été uniquement de faciliter l'intelligence l'ouvrage de Berzélius, ses Elémens s'adressent aussi à tous ceux qui veulent embrasser l'étude de la chimie pour la cultiver et l'approfondir. L'étude de la chimie est devenue aujourd'hui un besoin pour tout homme bien élevé, elle est indispensable au pharmacien, au médecin, au fabricant, à l'économiste; et c'est surtout à cette classe de lecteurs qu'a eu égard l'auteur des Elémens de chimie. Aussi cet ouvrage diffère-t-il essentiellement du Traité de Berzélius en ce que les corps employés dans les arts et leurs propriétés y sont décrits avec un soin particulier, tandis que l'auteur glisse légèrement sur tous les points qui n'ont encore aucune importance pour la technologie ou pour les généralités de la science. C'est pour exciter les élèves à l'étude de la chimie, que Mitscherlich s'est efforcé de mettre la théorie en rapport avec les phénomènes qu'on a coutume de remarquer dans les ateliers et dans les fabriques et qu'il a traité, par exemple, de la machine à vapeur, du gazlicht, etc. Les personnes qui ont besoin de la chimie pour leur état futur et qui sont aujourd'hui en bien plus grand nombre que ceux qui cultivent les sciences pour elles-mêmes, peuvent commencer et terminer leurs études chimiques avec l'ouvrage dont nous rendons compte.

Les Elémens de chimie sont un ouvrage véritablement populaire. Les points capitaux de la science y sont traités avec tous les détails possibles, les connaissances qu'on acquiert en étudiant ces Elémens sont profondes et par conséquent utiles et de nature à pouvoir conduire à toutes les applications.

L'auteur des Elémens de chimie a fait lui-même des expériences sur les objets fondamentaux, et il parle d'après ses propres idées. Son ouvrage se fait remarquer par une foule de méthodes nouvelles et par une ample moisson de faits découverts ou perfectionnés par lui, et lorsqu'il doit rapporter un sujet tellement bien traité par un autre auteur, qu'il lui est impossible d'y rien ajouter, il dit la même chose en d'autres termes, avec d'autres images, d'autres comparaisons, d'autres développemens.

Dans le n° de mars 1835, le *Bulletin médical belge* il a déjà été rendu compte du 1er volume de ces Elémens de chimie.

Les 2me et 3me volumes viennent de paraître en Allemagne; la traduction du 2me volume a parue à Bruxelles depuis peu, et celle du 3me volume est sous presse, du moins nous l'assure-t-on.

Le 2me volume renferme l'histoire des composés acides ou non acides que les corps simples non métalliques produisent en s'unissant entre eux, ainsi que la description des acides organiques. Le journal de pharmacie imprimé à Bruxelles, a déjà extrait deux articles de ce second volume. Les faits nouveaux consignés dans ces articles ne sont pas les seuls qui enrichissent le volume dont il s'agit.

Le 3me volume contient l'exposition des propriétés des métaux alcalins et terreux, composés binaires, de leurs oxides et des sels formés par l'union de ceux-ci avec les acides; on y trouve en outre la description des arts nombreux auxquels les propriétés de ces corps donnent lieu, tels sont l'exploitation du nitre, du sel marin, etc., la fabrication de la poudre à canon, du verre, des poteries, etc., etc.

Ces deux livraisons sont, comme la première, en tout point conformes à la haute opinion qu'on a conçue en Europe du grand élève de Berzélius, et au compte rendu inséré dans le n° précité du journal de Mr. Marinus. La traduction rend le texte original avec la plus scrupuleuse exactitude. X.

Traité de chirurgie; par M.-J. Chelius, professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale à l'université de Heidelberg, traduit de l'allemand, sur la 4e édition, par J.-B. Pigné, interne des hôpitaux civils de Paris.

Le principal mérite des écrivains allemands consiste, comme chacun sait, dans l'inconcevable érudition qui préside à leurs œuvres. Malheureusement nous avons à reprocher à un grand nombre d'entre eux, d'avoir quelque peu dépassé les bornes de l'utile; d'offrir même quelquefois une masse indigeste de faits, d'opinions, d'observations, jetés pêle-mêle sans logique et sans ordre, ce qui a fait dire, fort légèrement sans doute, mais avec quelque apparence de raison, par je ne sais quel critique français, qu'on ne pouvait donner une

idée plus exacte de l'érudition allemande qu'en la comparant à une vaste bibliothèque en désordre.

Rien de tout cela à reprocher à l'ouvrage de Chelius ; là, l'érudition marche toujours de compagnie avec l'ordre et la clarté ; Chelius aux qualités caractéristiques qui distinguent sa nation, joint le jugement le plus exquis et la sagacité la plus exercée ; il possède, en outre, à un haut degré, cet art si difficile de dire beaucoup en peu de mots, sans que son style perde jamais de son élégance ni de sa lucidité ; et l'on conçoit à peine comment, dans un cercle aussi étroit, il ait pu décrire le traitement de chaque maladie avec des détails qu'on ne trouve pas dans les ouvrages les plus volumineux..

Chelius expose d'abord sa classification des maladies chirurgicales, qu'il divise en sept classes, dans chacune desquelles il groupe les maladies qui ont le plus de ressemblance par leur nature ou leur cause. Ce sont : 1° les inflammations ; 2° les défauts de rapports ; 3° les adhérences anomales ; 4° les corps étrangers ; 5° les dégénérescences ; 6° les pertes de parties ; 7° les parties surnuméraires. Cette classification nous semble méthodique, et comprendre, sans exception, toutes les maladies chirurgicales. Au reste, si quelques esprits sévères ne la trouvaient pas irréprochable, elle aurait cela de commun avec toutes celles qui ont paru jusqu'aujourd'hui.

Le traducteur de l'ouvrage, M. Pigné, n'a encore publié que deux livraisons, qui comprennent l'inflammation considérée dans les divers organes, les plaies en général et en particulier, les fractures en général et en particulier, les fausses articulations, le bec-de-lièvre, la division du voile du palais, les ruptures du périnée et les ulcères en général. Ces deux premières parties se prêtent moins que les suivantes au génie de l'auteur, et cependant, avec quel succès il les a traitées! Avec quelle exactitude, quelle méthode, quelle clarté y sont décrites les causes, la marche, le traitement et la terminaison de l'inflammation! Et cela avec un luxe de détails, qu'on ne comprendra qu'après avoir lu le traitement de l'érysipèle, de la congélation, du panaris, etc., etc.

Mais c'est surtout dans le traitement de l'inflammation et des accidens qu'elle amène que l'auteur a fait briller toute la justesse de son esprit. Que ne puissions-nous tracer ici littéralement ce passage, qui ferait apprécier la valeur de l'ouvrage entier, dont nous ne pouvons donner une idée plus exacte qu'en disant que rien n'y a été oublié, et qu'il s'y trouve jusqu'à une exposition, aussi complète qu'on peut la désirer, des caractères chimiques des produits de l'inflammation.

Disons maintenant quelques mots du mérite de la traduction, quelques mots seulement, quoiqu'il y ait ici matière à un long et pompeux éloge. Après M. Pigné, il faut renoncer à traduire Chelius : car ne nous imaginons pas que ce soit une de ces traductions ordinaires, une de ces traductions libres, et qui nous rendent, tant bien que mal, l'idée de l'auteur, qu'on nous offre ici ; c'est une traduction presque littérale, et dans laquelle le mot propre est saisi avec une constance de bonheur réellement admirable. M. Pigné a fait ce que nous ne pensions pas possible : il a concilié deux idiomes les moins amis du monde, l'allemand et le français, les deux langues qui ont l'une pour l'autre l'antipathie la plus vive, la moins déguisée, puisqu'elles sont contraires en tout : dans leurs règles grammaticales, leur version, leur mécanisme et leur génie. Eh bien! en dépit de toutes ces difficultés, en nous donnant un mot français pour un mot allemand, M. Pigné n'a pas moins fait un français très-pur, et même quelquefois fort élégant. M. Pigné peut donc prendre une assez bonne part dans les éloges que nous nous plaisons à accorder à l'ouvrage de Chelius, puisque, sans lui, nous n'aurions probablement pas pu apprécier à sa juste valeur tout le mérite de cet auteur distingué. M.....

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—

Cours de pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par *G. Andral ;* recueilli et rédigé par le docteur Amédée-Latour. — Livraisons 1 et 2, Paris, 1836, 2 cah. in-8°.

Prix de chaque livraison : 2 fr.

Cet ouvrage formera 3 vol. in-8°, qui seront publiés en 12 livraisons d'environ 160 pages chacune ; il en paraîtra une tous les quinze jours.

Traitement du cancer ; par Canquoin, docteur en médecine. — Exposé de sa méthode excluant toute opération chirurgicale, suivi des modifications qu'il a apportées dans le traitement ordinaire des ulcères de l'utérus. Paris, in-8°, de 186 pages. 2 fr.

Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances ; par F. Lallemand, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. — Neuvième lettre. Paris, in-8°, de 162 pages (Béchet jeune). 3 fr. 50 c.

Mémoires et prix de l'Académie de chirurgie, accompagnés de notes indiquant l'état de la science, d'une revue biographique des auteurs, d'une table alphabétique des matières, et de l'indication des meilleurs ouvrages publiés sur chacune d'elles ; par M. Fossone. — Livraisons 1, 2, 3 et 4. — Paris, in-8°.

Prix de chaque livraison : 60 c.

L'ouvrage complet sera publié en 150 livraisons de 48 pages, qui formeront 15 vol. in-8° et un atlas de planches in-4°.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 5 janvier 1836.

Vaccine.— Sur la demande du ministre du commerce, la commission de vaccine avait à examiner un ouvrage de M. Marc, intitulé : *La vaccine soumise aux simples matières de la raison*, et à statuer sur l'avantage qu'il y aurait à le répandre dans les campagnes, en indiquant les départemens où il conviendrait surtout de le distribuer. Voici le résumé du rapport de M. Gérardin : il est démontré que les préjugés contre la vaccine sont désormais en proportion de l'ignorance des populations et n'ont pas changé de nature ; d'un autre côté, il est constant que la pratique de la vaccine est à peu près livrée, dans les campagnes, aux sages-femmes ou à des personnes étrangères à l'art. L'ouvrage de M. Marc, dont la première édition remonte à 1809, et qui déjà avait été approuvé par l'ancien comité de vaccine, est resté ce qu'il était alors, le meilleur travail de ce genre publié en France ; et vu les additions que l'auteur a faites pour le mettre au niveau de la science, tout en lui conservant la simplicité de sa destination, il est aujourd'hui encore le plus propre à détruire les préventions populaires, et à donner aux vaccinateurs une instruction claire et précise. La commission pense donc qu'il sera avantageux de le répandre, et signale au ministre 39 départemens où sa distribution doit particulièrement être utile.

Guérison radicale des hernies. — M. Gimelle fait un triple rapport à ce sujet. Il s'occupe d'abord de la méthode proposée par M. Gerdy, et qui consiste : 1° à renverser la peau aussi haut que possible dans le canal de la hernie ; 2° à pratiquer la suture du fond du sac de la peau avec l'anneau ; 3° à exciter l'inflammation de ce sac par l'application de l'ammoniaque. M. Gerdy, qui avait d'abord pratiqué cinq points de suture entrecoupée, n'emploie plus aujourd'hui que trois points de suture enchevillée à l'aide d'une aiguille à manche conduite sur le doigt indicateur gauche qui a pénétré dans le canal herniaire, ou sur le petit doigt, quand ce canal est trop étroit, ou même sur une tige cylindrique de métal légèrement recourbée et creusée dans sa courbure d'une cannelure pour diriger et soutenir l'aiguille.

M. Gerdy recommande ensuite de faire usage de l'ammoniaque concentrée, pour enflammer le sac cutané, la première opération qu'il a faite ayant été enrayée dans son succès par défaut de cette précaution. L'ammoniaque trop affaiblie ne déterminera qu'une exsudation plastique insuffisante pour l'adhésion immédiate des parois du sac ; d'un autre côté, sa réapplication pourra provoquer une irritation excessive d'où résultera une suppuration abondante et même la gangrène. Le pansement consiste uniquement dans l'application de plumaceaux enduits de cérat. M. Gerdy avait d'abord eu recours aux irrigations d'eau froide, mais il y a renoncé après avoir reconnu qu'elles s'opposaient à l'adhésion du sang, que d'ailleurs elles causaient un refroidissement qui, chez un malade, détermina une pleurésie mortelle. L'opéré reste au lit quinze jours ou un mois ; il porte ensuite un bandage qu'il ne quittera que graduellement. Cette méthode ne sera point applicable dans les cas où le sac herniaire a contracté des adhérences, soit avec les parties extérieures, soit avec les viscères ; par conséquent, dans presque toutes les hernies anciennes. Elle offre également peu de chances dans le cas de hernies directes ou même dans les hernies indirectes où le canal raccourci a rapproché les anneaux. Quant à l'opération elle-même, elle est facile et peu douloureuse. Rarement elle entraînera des accidens primitifs, mais des accidens consécutifs sont à craindre, ainsi que l'expérience l'a démontré. Déjà 11 sujets ont été opérés : 10 par M. Gerdy, 1 par M. Velpeau. Chez 3, la hernie a reparu avant la sortie de l'hôpital ; 5 sont guéris ; 1 autre est encore en traitement ; le 10e est mort de pleurésie ; le 11e, opéré par M. Velpeau, avait une hernie congéniale, il a été atteint d'un énorme érysipèle du scrotum et d'un vaste abcès des parois abdominales et de la fosse iliaque. Les 5 sujets guéris présentent toujours un peu de gonflement au niveau de l'anneau, quoique les efforts de toux ne communiquent aucune impulsion au toucher. Ils portent constamment un bandage et évitent encore de se livrer à leurs travaux. Cette méthode, toute ingénieuse qu'elle est, ne peut encore être jugée et demande plus de faits que ceux sur lesquels elle s'appuie jusqu'à présent. — M. le rapporteur, au nom de la commission, vote des remerciemens à M. Gerdy, et propose, après dépôt de sa note dans les archives, d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres résidans. Adopté.

M. Leroy-d'Étiole s'occupe depuis sept ans de la cure radicale des hernies. Il a d'abord pensé à déterminer l'adhérence des parois du sac hors de l'anneau, en comprimant à l'aide d'une pelote à deux divisions qui s'écartaient et se rapprochaient au moyen d'une vis de rappel. Il a plus tard imaginé de mettre en rapport les parois du sac et de le comprimer dans le canal inguinal même. Pour cela il a inventé un instrument dont les branches élastiques peuvent se dilater dans le canal, et s'appuyent au dedans du pourtour de l'anneau. — Aujourd'hui, M. Leroy-d'Étiolle propose seulement quelques appareils pour simplifier l'opération de M. Gerdy. Il s'agit d'une tige métallique de 2 à 4 lignes de diamètre et de 3 à 4 pouces de long, mousse à une

extrémité, et munie d'une vis. Cette tige, traversant la pelote d'un bandage, dont la plaque est taraudée pour recevoir la vis, est destinée à pénétrer le canal inguinal et à y tenir la peau refoulée, etc. Dépôt aux archives.

Enfin, M. Jalade-Lafond rappelle les cures radicales de hernies qu'il a obtenues avec ses pelotes médicamenteuses, et envoie à l'Académie l'observation d'un nouveau succès sur un homme de 41 ans, atteint de hernie depuis l'âge de 14 ans.

Cet homme fit d'abord usage d'un bandage pendant quatre ans, et vit sa hernie disparaître, mais elle revint progressivement. En vain, depuis un an, il portait un bandage de M. Verdier. La hernie n'éprouvait aucune réduction. — M. Lafond, en huit mois, à l'aide de ses pelotes, l'a complétement guéri. — La commission n'ajoute aucune confiance à l'action des topiques à travers la peau et les chairs, et n'admet ici que le résultat de la compression. Dépôt aux archives.

Séance du 12 janvier.

Election à la place de membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. — Les candidats étaient MM. Cruveilhier, Blandin, Piedagnel, Tanchou, Scipion Pinel et Cayol. M. Cruveilhier a été élu membre titulaire de l'Académie dont il était déjà correspondant.

Orthopédie. — M. P. Dubois lit un rapport sur le résultat d'une enquête provoquée par des renseignemens communiqués par M. J. Guérin, sur les cures orthopédiques de M. Hossard. — Il résultait de ces renseignemens, que M. Hossard a présenté à la commission des sujets déjà traités à Angers; que de plus, il aurait produit sur l'un de ces sujets une déviation artificielle pour avoir le facile mérite d'obtenir un prompt redressement. Le rapport de M. Dubois établit que, sur le premier point, il est vrai que plusieurs sujets présentés par M. Hossard, avaient déjà été traités par lui. Quant au second point, la commission n'a pu rassembler assez de preuves pour se prononcer, la conclusion est que le présent rapport sera annexé au premier.

MM. Velpeau et Lisfranc, fondés sur ce qu'il est flagrant que M. Hossard a trompé l'Académie, en lui présentant comme devant être guéris par un traitement de deux mois, des sujets qu'il traitait déjà depuis cinq et sept mois, pensent que si la conviction n'est pas aussi formelle relativement au second point sur lequel la commission croit devoir se taire, le doute est du moins la conséquence nécessaire des antécédens, et cela étant, s'opposent à ce qu'aucun rapport soit expédié; le tout dans l'intérêt de la dignité de l'Académie. M. Londe, comme signataire du premier rapport, réclame un plus ample informé avant d'adopter cette proposition. Malgré quelques observations de M. Husson, l'avis de M. Londe est appuyé. Renvoi à quinze jours pour l'exhibition des divers documens à recueillir.

Nouvelles inductions philosophiques appliquées à l'étude de l'idiotisme et de la démence; par *M. Dubois, d'Amiens. — M. Adelon, rapporteur.* Poursuivant les idées qu'il avait émises déjà, dans un premier travail sur *l'instinct et les déterminations instinctives dans l'espèce humaine*, l'auteur voit dans l'idiotisme et la démence un désordre pathologique qui comprend à la fois *l'intelligence, l'instinct* et l'automatisme, mais à des degrés variés. — L'intelligence est l'œuvre du cerveau; l'instinct émane du système ganglionnaire; l'automatisme appartient à toute fibre contractile. Jusqu'à ce moment, l'idiotisme a consisté dans la privation congéniale du principe des déterminations raisonnées, du moins dans l'arrêt de développement de ce principe dans les premiers temps de la vie. M. Dubois distingue trois catégories d'idiots. La première renferme ceux qui n'ont ni détermination raisonnée, ni instinct. (Automates). — La seconde, ceux qui n'ont que les déterminations qui ont pour but la conservation de l'individu ou de l'espèce. (Instinct.) Dans la troisième se rangent ceux qui manifestent par leurs actes quelques déterminations raisonnées et instinctives. — Dans cette dernière classe d'idiots, le crâne est peu déformé, le front fuit seulement en arrière, et l'occiput est saillant : ce sont les imbécilles. Dans les deux autres catégories, le crâne entier est généralement rétréci. M. Dubois tient compte d'ailleurs de toutes les lésions qui peuvent empêcher l'évolution normale du cerveau, telles que l'épaississement des os du crâne, l'hydrocéphale, etc. — Cette analyse des variétés de l'idiotie conduit M. Dubois à la question médico-légale de l'interdiction, qui ne peut être justement appliquée qu'aux individus des deux premières catégories, les deux derniers n'ayant souvent besoin que d'un simple conseil judiciaire. Ces derniers seuls encore sont susceptibles d'être soumis à la thérapeutique.

La démence est l'idiotisme acquis, et survient surtout à la suite des manies et des monomanies. L'encéphale n'est pas seulement lésé comme organe de l'intelligence, il l'est encore comme foyer de l'innervation. Il y a alors des paralysies, mais il est remarquable que ce sont surtout les muscles qui servent à la vie intellectuelle qui sont paralysés. On ne peut guère que prévenir la démence; une fois survenue, il est à peu près impossible de la guérir. Dans l'idiotisme il faut tout faire pour étendre les déterminations raisonnées; dans la démence, il faut tout faire pour arrêter leur abolition. — Renvoi au comité de publication.

Manioc amer. Contenant à la fois les élémens d'un aliment excellent et d'un poison subtil, le manioc a dû être l'objet de l'attention du chimiste comme du médecin.

Le docteur Fermin a lu, en 1761, à l'académie de Berlin, un travail important sur ce sujet. Il a démontré : 1° que le principe toxique est très-vaporisable, et que c'est dans les premières onces du liquide passé à la distillation qu'on l'obtient; 2° que les symptômes de l'empoisonnement ont la plus grande analogie avec ceux que produit l'acide hydrocyanique. — En 1828, Messieurs Soubeiran et Pelletier avait tenté quelques essais pour vérifier cette supposition; mais la petite proportion des matériaux de l'expérience ne leur avait pas permis de rien décider. Messieurs O. Henry et Boutron-

Charlard ont pu opérer sur des proportions qui permettent d'asseoir la question sur des termes plus précis. Une assez forte quantité de suc de manioc expédié directement et plusieurs racines ont été analysés. Le suc filtré est presque incolore, son odeur est celle de l'acide prussique et de la viande cuite; sa saveur est aigrelette; sa densité est de 1012; il rougit fortement le tournesol. A l'air il prend une couleur brune, et donne des cristaux grenus à l'évaporation. Le dépôt est composé de fécule, de fibres de racines, et d'une substance floconneuse jaunâtre, espèce de matière grasse cristallisant dans l'alcool et l'éther en mamelons aiguillés, fondant à la chaleur, et fournissant avec la potasse un savon mou, dont l'acide hydrochlorique séparait un oxyde gras et cristallisable. — Le résultat de cette analyse est, que le suc de manioc contient une quantité notable d'acide hydrocyanique qui préexiste dans le suc.

Les racines ont fourni également à l'analyse de l'acide hydrocyanique libre, de la fécule, du sucre, un sel de base à magnésie, un principe amer, une matière grasse cristallisable, de l'osmazome végétale, du phosphate de chaux, de la fibre ligneuse. — Le suc de manioc a été administré à des cochons d'inde. Le suc *expédié* a été donné à part du suc extrait immédiatement des racines. L'animal n'expire, dans le premier cas, qu'après avoir pris 38 à 40 grammes de suc, tandis qu'avec le suc récent de la racine, 9 à 18 grammes ont suffi pour amener la mort. Ce dernier, en effet, renferme quatre fois plus d'acide hydrocyanique. Les symptômes, d'ailleurs, ont été toujours les mêmes. Tristesse, immobilité, cris plaintifs, mouvemens convulsifs intermittens suivis de déjections alvines et urinaires, puis mort au bout de 40 à 45 minutes. Rigidité cadavérique, prompte et très-marquée. Pour démontrer incontestablement le contenu de l'acide hydrocyanique dans le manioc, Messieurs Henry et Boutron-Charlard ont eu recours à l'expérience suivante : ils ont mêlé le suc de manioc avec de l'oxyde d'argent encore humide. La liqueur filtrée a été mise en contact avec du sel marin en excès pour isoler les restes du sel d'argent provenant de la combinaison de l'oxyde avec l'acide hydrocyanique. Filtré de nouveau, le suc a pu être donné impunément aux animaux. Sur la proposition de M. Maingault, renvoi au comité de publication.

Séance du 19 janvier.

Lésion de l'artère humérale. — Nouveau moyen de préparer les pièces d'anatomie pathologique. — M. Jules Cloquet fait part à l'Académie d'un fait remarquable de lésion artérielle. Un homme entra à l'hospice de l'Ecole, présentant un désordre extrême dans un bras qui s'était trouvé engagé entre les roues d'une mécanique. L'humérus était broyé, les parties molles dilacérées. Il n'y avait point eu d'hémorrhagie. Cependant la disparition des battemens dans la radiale et la cubitale ne permettait pas de douter de l'existence d'une lésion de l'artère humérale. La gangrène étant inévitable, l'amputation dût être pratiquée. La dissection du membre fut faite avec le plus grand soin. L'artère humérale était aplatie. La tunique celluleuse, quoique fortement froissée, était intacte : mais les tuniques internes et moyenne flottaient en lambeaux dans la cavité du vaisseau, et constituaient une sorte de cloison valvulaire sur laquelle le sang, pris en caillot, interrompait la circulation, comme on l'observe après l'ablation de ligatures d'attente qui n'ont été appliquées que momentanément. Pour conserver cette pièce d'anatomie pathologique, M. Cloquet a eu recours à un mode nouveau de préparation. Il a fait dessiner et colorier l'artère, d'abord non ouverte, puis ouverte. Les couleurs employées, solides et à la gomme, sont susceptibles de résister à l'alcool. La pièce convenablement tendue a été placée dans un bocal plein de ce spiritueux, et près d'elle on a déposé les dessins auxquels se trouve joint un texte explicatif exact, écrit en encre de Chine également indécomposable par l'alcool. Ainsi l'on trouve réunis la pièce naturelle, les dessins et la description.

Composition du prochain fascicule — Sur la proposition de M. Bousquet, parlant au nom du comité de publication, le prochain fascicule se composera : 1° du discours prononcé par M. Pariset sur la tombe de M. Bourdois de Lamotte; 2° d'un travail de M. Stoltz sur une opération césarienne pratiquée avec succès; 3° d'un rapport de M. Martin-Solon sur la créosote; 4° du mémoire sur le manioc, par MM. Henry et Boutron-Charlard; 5° d'une note de M. Leroy-d'Etiolle sur la lithotritie chez les enfans.

Traitement des maladies aiguës par les saignées coup sur coup. — M. Capuron reprend la discussion soulevée à propos de son rapport sur le compte rendu de la maison d'accouchement de Metz, par M. Morlanne. Après avoir récapitulé les points principaux sur lesquels la discussion s'était engagée, il s'efforce de plus en plus de soutenir sa proposition; que moyennant le traitement nouveau, la mort dans les maladies aiguës ne sera plus qu'une exception; les faits, chaque jour, viennent l'étayer davantage. Tel est le suivant : une épizootie régnait en Languedoc sur l'espèce bovine. Un propriétaire avait six bœufs qui furent frappés. Un autre propriétaire en avait douze qui le furent en même temps. Le premier s'adressa à un vétérinaire de l'école physiologique, qui sauva les six bœufs; le second avait pour vétérinaire un partisan des anciennes doctrines. Déjà six bœufs, soumis à ses soins, avaient péri quand le vétérinaire physiologiste fut appelé, qui sauva les six derniers. M. Capuron cite ensuite MM. Andral, Chomel, Emery, qui, depuis l'ouverture de ces discussions ont expérimenté la méthode qui en fait l'objet, et qui en ont retiré les plus grands avantages. M. Capuron insiste sur la formation d'une commission d'enquête pour assister aux expériences de M. Bouillaud. Divers membres prennent la parole pour combattre cette opinion.

M. Bouillaud demande qu'il soit nommé une commission d'enquête. Les succès de sa méthode entre les mains de plusieurs de ses collègues, notamment

MM. Chomel et Emery, doivent provoquer une grave attention. Quand il s'agit de thérapeutique, c'est un devoir de vérifier de pareils faits.

M. Emery dit qu'en effet il a tenté la méthode de M. Bouillaud sur huit sujets affectés de rhumatisme aigu. Sur un seul il a constaté la péricardite. Il a fait pratiquer à tous, trois saignées le premier jour. Chez deux, la fièvre a tombé dès le lendemain. Comme elle persistait chez les autres, il a réitéré les saignées. Le sang a toujours été recouvert d'une couenne qui, dans un cas, avait jusqu'à un pouce d'épaisseur. La guérison a eu lieu, terme moyen, en seize jours.

M. Piorry voit la question se scinder en deux autres. La saignée portée très-loin est-elle dangereuse, et dans quels cas? Est-elle utile dans d'autres? Sous le premier point de vue, M. Piorry, dès 1824, s'est livré à des expériences nombreuses sur les animaux, et a recueilli plusieurs observations sur l'homme. Il a ainsi pratiqué, de concert avec M. Lisfranc, plus de douze saignées sans inconvénient, dans un cas de pleurésie. Chez les animaux, il a enlevé parfois d'un seul coup, assez de sang pour que la quantité égalât le vingt-quatrième du poids total du corps. Sur plus de cinquante chiens, ces expériences n'ont eu aucun résultat fâcheux. Chez les individus sains, M. Piorry a observé que des émissions énormes de sang pouvaient avoir lieu impunément, et souvent avec un grand avantage, dans les plaies de tête, fractures des membres, etc. Il a tiré trois livres de sang à la fois à une vieille femme de la Salpétrière, affectée de pneumonie hypostatique. Pour peu que l'individu ait été dans la condition indiquée, il n'a jamais observé ni hydropisie ni débilité, surtout si en même temps que les émissions sanguines étaient pratiquées, on avait soin d'accorder des alimens. — Ce n'est que dans les cas d'*anémie* que les saignées copieuses peuvent avoir du danger. Elles sont éminemment utiles dans la pneumonie; M. Piorry ne conçoit pas qu'on l'ait nié. Si l'on veut des chiffres, il pourrait en fournir par centaines. Il en est de même pour l'arthrite, comme il l'a démontré dans un mémoire publié dans la première livraison du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*. Après le traitement par les larges saignées, le terme de la guérison a été de huit jours, tandis que dans les tableaux de M. Chomel la moyenne est de quarante-cinq jours. M. Piorry n'a pas observé si souvent la péricardite que M. Bouillaud. Son traitement diffère un peu du sien, car M. Piorry, en même temps qu'il saigne beaucoup, donne des boissons en abondance et en quantité exactement proportionnelle aux pertes de sang. Cependant depuis longtemps, comme on voit, M. Piorry a constaté les bons effets de la saignée portée très-loin, mais il a noté aussi ses dangers. La question est donc très-importante, et il vote pour qu'on nomme une commission.

M. Honoré présente quelques remarques tendant à établir comme fait, que les malades des hôpitaux, vu la rapidité et souvent la brusquerie du mouvement des salles, sont peu propres à fournir des observations rigoureuses sur tous les points. C'est ainsi que très-souvent ils sortent en apparence guéris pour faire place à d'autres, et rentrent peu de temps après. Quelquefois ils ne font que changer de service, etc. Les faits de guérison bien démontrés sont donc assez rares. Ceci mérite attention pour la statistique.

M. Louis pense que la question ne peut être résolue encore parce qu'elle renferme trop d'élémens. La statistique est certes, à son avis, le meilleur moyen, le seul même qui puisse juger les problèmes de thérapeutique, mais que de conditions à remplir! L'âge, le sexe, le tempérament, l'état des forces du malade doivent être pris en considération; de plus, la saison exerce une influence marquée, etc. A-t-on tenu compte de toutes ces circonstances dans les cas dont il s'agit? A-t-on même bien établi la certitude du diagnostic? Sans révoquer en doute les lumières et la bonne foi de personne, l'erreur n'est-elle pas possible, quand Laënnec lui-même s'est trompé. Une autre cause d'erreur vient encore de ce qu'on prend, pour étayer une opinion, des cas qui ont été choisis dans une toute autre vue. C'est ainsi que, quand on a cité des chiffres de la mortalité après le traitement fait à la Pitié pour la pneumonie, on a pris des faits rapportés dans la brochure de M. Flandin. Or, tous ces faits se rapportent à des pneumonies graves, au dernier degré, et contre lesquelles l'émétique avait été employé en désespoir de cause en quelque sorte. — Dans l'ouvrage où M. Louis a publié ses observations sur la pneumonie, au nombre de vingt environ, rien n'a été négligé pour que toutes les exigences d'une bonne statistique soient remplies. Eh bien! M. Louis n'a également perdu qu'un huitième à peu près de ses malades. Les saignées ont été assez copieuses, mais non réitérées. En un mot, on manque pour le moment de matériaux suffisans pour trancher la question qui s'agite. Une commission ne servirait à rien, il faudrait qu'elle consentit à suivre assidûment pendant plus d'une année, un, ou même plusieurs hôpitaux. Un dernier argument, c'est que, pour juger l'effet du traitement des maladies, il faut connaître leur marche naturelle. Un rhumatisme articulaire aigu, abandonné à lui-même, se guérit en quinze ou vingt jours, comme l'a démontré Chomel, et non en quarante-cinq. La pleurésie guérit toujours seule quand elle n'est pas compliquée et qu'elle survient chez des sujets sains et jeunes encore, ou du moins qui ne dépassent guère 60 ans. M. Louis pourrait en fournir 140 observations. De même pour les érysipèles de la face, ils guérissent toujours seuls quand les sujets sont sains; plus de 100 faits sont là pour le prouver.

M. Bouillaud est surpris d'entendre le reproche qui lui est adressé, de ne pas tenir compte de tous les lieux communs de la statistique. Non-seulement il en a tenu compte, mais encore il a suivi minutieusement toutes les règles prescrites par M. Louis lui-même, dans son mémoire sur la pneumonie. Du reste, M. Louis a donné beaucoup de force à la proposition de M. Capuron, savoir : que la mort est une exception dans les maladies aiguës, par ce qu'il a dit de la guérison spontanée de la pleurésie. Cette proposition ne sera-t-elle pas

démontrée, si l'on parvient à prouver que par une pratique spéciale, l'on peut arriver au même résultat pour les autres affections aiguës? Eh bien, quiconque assistera à la clinique sera bientôt convaincu que cette pratique existe. Une commission doit être nommée; l'académie seule peut et doit la fournir. Ce n'est pas un an qu'il faut pour juger la question, deux mois suffisent. M. Bouillaud finit en portant un défi à M. Piorry, de montrer sa méthode formulée dans aucun de ses écrits.

M. Louis a voulu dire simplement que M. Bouillaud, dans son improvisation, n'avait pas donné de détails suffisans pour convaincre ses auditeurs. M. Piorry soutient que depuis longtemps il a écrit et formulé, que les émissions sanguines abondantes pouvaient être suivies de grands avantages, dans certaines maladies qu'il a précisées.

M. Gimelle présente une pièce d'anatomie pathologique contenant une rupture de l'aorte lombaire, par suite d'ossification et d'anévrysme.

(*Extrait des Archives de médecine*).

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Séance annuelle du 28 décembre.

M. C. Dupin ouvre la séance par un discours sur les progrès des sciences mathématiques depuis 1830.

— M. Flourens, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge historique de Chaptal.

— Le grand prix des sciences physiques a été décerné à M. Valentin, de Breslau.

Le prix d'astronomie est accordé à MM. Dunlop et Boguslawski.

Le prix de physiologie expérimentale est partagé entre MM. Gaudichaud et Poiseuille.

M. Martin Saint-Ange a obtenu une médaille d'or de 400 fr.

Pour les prix relatifs aux moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre, la commission accorde un encouragement de 3,000 fr. à M. Gannal, pour son nouveau procédé de conserver les cadavres au moyen des injections d'acétate d'alumine.

La commission de médecine et de chirurgie n'a pas eu le temps d'examiner le nombre considérable de pièces envoyées au concours.

Les sujets de prix de médecine et de chirurgie pour 1836 sont : Prix de médecine : « Déterminer quelles sont les altérations des organes dans les maladies désignées sous le nom de fièvres continues; quels sont les rapports qui existent entre les symptômes de ces maladies et les altérations observées; insister sur les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces rapports. » Ce prix est de 10,000 fr.

Prix de chirurgie : « Déterminer, par une série de faits et d'observations authentiques, quels sont les avantages et les inconvéniens des moyens mécaniques et gymnastiques appliqués à la cure des difformités du système osseux. »

Séance du 4 janvier.

Dans les ouvrages présentés nous remarquons deux mémoires de M. Lesauvage; l'un intitulé : Recherches sur les Annexes du Fœtus humain, l'autre sur les Luxations spontanées et consécutives et en particulier sur celle du fémur.

— M. Schelling (de Constact) offre en don à l'Institut une bibliothèque thibétaine et mongole, composée de 113 ouvrages.

— M. Coste adresse une note dans laquelle il examine cette question : « Est-il possible de déterminer l'époque de la vie intra-utérine à laquelle les *frères siamois* se sont réunis, et d'apprécier leur mode de réunion? »

Les conclusions auxquelles arrive M. Coste sont, 1° que les frères siamois n'ont dû se réunir que dans les derniers jours du premier mois de la grossesse, et que, par conséquent, ils n'avaient point encore tout à fait deux lignes de long; que leurs viscères sont libres de toute adhérence, et qu'une opération pratiquée dans le but de les désunir présente les plus grandes chances de succès.

— M. Duval, directeur des traitemens orthopédiques des hôpitaux civils de la ville de Paris, adresse un mémoire concernant trois cas de guérison de pieds bots, excessivement difformes, qu'il a obtenue au moyen de la section du tendon d'Achille. Au bout de vingt à trente jours de traitement, le pied présentait une conformation normale.

Commissaires. MM. Serres, Roux et Magendie.

— L'Académie procède, par voie d'élection, à la nomination d'un vice-président, pour l'année 1836, M. Charles Dupin, vice-président pour l'année précédente, devant, cette année, selon le réglement, passer à la présidence.

Au premier tour de scrutin, M. Magendie obtient 26 suffrages; il est déclaré vice-président.

— M. Becquerel lit une note *sur un courant possédant la faculté de produire des décompositions chimiques et non celles d'échauffer les corps.*

Lorsqu'un courant électrique, provenant d'un appareil voltaïque, traverse une solution saline ou un fil métallique suffisamment fin, il résulte des effets chimiques ou des effets calorifiques, dont l'énergie, dans l'un et l'autre cas, dépend du nombre des couples qui entrent dans l'appareil et de leurs dimensions. Les effets chimiques sont en rapport avec le nombre de ces couples, et les effets calorifiques avec leur sruface : les premiers exigent de l'intensité, les seconds de la quantité. Il existe en outre une telle relation entre ces deux genres de phénomènes, que le même courant peut les produire simultanément ou séparément, quoique à des degrés différens. M. Becquerel a cherché à atténuer la faculté calorique jusqu'à ce que le courant électrique ne possédât plus que la faculté décomposante;

c est à quoi il est parvenu par l'appareil qu'il a présenté le mois dernier à l'Académie.

J'ai d'abord, dit M. Becquerel, constaté qu'en augmentant les dimensions de cet appareil, et opérant avec des lames de platine, ayant depuis un centimètre carré de surface jusqu'à deux décimètres, la quantité de gaz oxigène recueillie, croît à peu près comme les surfaces. Je suis parvenu à obtenir, en 24 heures, dix centimètres cubiques de gaz. On ne peut douter que la la quantité d'électricité, dégagée par la réaction de l'acide nitrique sur la potasse, n'eût aussi considérablement augmenté avec l'accroissement des dimensions de l'appareil.

Si l'on interrompt le circuit métallique en un point quelconque, et que l'on plonge les deux bouts libres du fil de platine dans les deux petits godets remplis de mercure, puis que l'on établisse la communication entre ces derniers au moyen d'un fil de platine d'un quatre-vingtième de millimètre de diamètre, la décomposition chimique continue dans l'appareil sans changement sensible.

— M. Biot pense que ces curieux phénomènes doivent être attribués à un mode de dégagement et de transport d'électricité par des intermittences plus ou moins rapides.

Séance du 11 janvier.

— *Hygiène publique. — Désinfection des produits de l'abattage des animaux.* — M. Payen demande qu'on charge une commission de prendre connaissance des procédés mis en usage dans son établissement, sis à Javelle, où s'opèrent la désinfection immédiate, diverses applications utiles de tous les produits de l'abbattage des animaux.

— *Statistique. — Populations.* — M. Dumonferrand adresse une note contenant des observations destinées à prouver que les documens statistiques du ministère de l'intérieur sont l'expression d'un travail imparfait sans doute, mais sérieusement exécuté en présence des faits. Il résulte de la comparaison des départemens entre eux qu'ils s'accordent à donner plusieurs lois peu connues, ou même contraires à des préjugés très-accrédités. Ainsi :

1° Les décès masculins sont plus nombreux que les décès féminins dans la première année ;

2° Les décès masculins présentent un maximum de 20 à 35 ans. Le département des Basses-Pyrénées fait seul exception.

3° Les décès masculins ont un maximum entre 30 et 40 ans. La Lozère, les Landes et les Basses-Pyrénées contredisent cette loi.

4° L'âge de 45 à 55 ans n'est pas un âge particulièrement à redouter pour la vie des femmes. Exception : Allier, Corse, Basses-Pyrénées.

5° La longévité chez les femmes est plus grande que chez les hommes, excepté la Corse, les Pyrénées-Orientales, le Var et la Vienne.

— *Physiologie.* M. Gabriel Pelletan adresse un mémoire dans lequel il discute la *spécialité des nerfs de l'odorat, du goût et de la vue.*

Le but de ce mémoire est principalement de démontrer que les hypothèses par lesquelles on établirait la non spécialité des fonctions des nerfs des sens sont inadmissibles.

Il se fonde :

1° Sur ce qu'il n'y a nulle analogie entre les sensations déterminées par les odeurs et celles fournies par les corps sapides, et par conséquent entre le goût et l'odorat ;

2° Sur ce que, chez les poissons, les nerfs olfactifs, par leur origine, et les cavités nasales, par leurs dispositions, conservent toujours les caractères qui, chez les autres animaux, différencient ces nerfs et ces organes de ceux du goût ;

3° Sur ce que rien ne prouve que l'air soit le seul véhicule possible des odeurs, et que les particules odorantes en dissolution dans l'eau ne puissent être *odorées* par les poissons ;

4° Sur ce qu'en général l'odeur des alimens les distinguant beaucoup mieux que leur saveur, le sens de l'odorat est plus utile aux poissons que celui du goût pour les guider dans les choix de leur nourriture, surtout pour ceux qui vivent dans l'eau de la mer si fortement sapide ;

5° Sur ce que les taupes et les masaraignes, possédant des nerfs optiques que l'on peut suivre depuis leur origine, qui est semblable à celle des animaux de la même classe jusqu'à leur terminaison au globe de l'œil ; il n'y a aucune raison pour penser que ce soit le nerf de la 5me paire qui les fasse voir.

Séance du 18 janvier.

Ouvrages présentés.

Statistique du département de la Drôme, par M. Delacroix.

— Botanique médicale et industrielle, ou Dictionnaire des plantes usuelles et vénéneuses, par MM. Vavasseur et Cottereau.

— Théorie du choléra, par M. Couverchel.

— Comptes rendus de la société géologique de Londres. Séance de novembre.

Correspondance.

Fièvres intermittentes des pays tropicaux. — On lit l'extrait d'une lettre de M. Adam de Bauve, à M. Bory de Saint-Vincent. Ce voyageur, revenu d'une longue excursion dans l'intérieur de la Guiane, souffrait d'une fièvre intermittente qui avait résisté aux fébrifuges ordinairement employés, et notamment au sulfate de quinine ; un médecin naturaliste, le docteur Warburg, l'a guéri au moyen d'une préparation dont il ne fait pas connaître la composition, et qu'il désigne sous le nom de *fever drops* (goutte contre la fièvre) ; les succès obtenus au moyen de ce remède, tant dans les hôpitaux de la Guiane anglaise, que dans plusieurs des Antilles

et jusqu'aux Etats-Unis d'Amérique, semblent ne pas laisser de doutes sur son efficacité. L'inspecteur des hôpitaux anglais a adressé à son gouvernement un rapport à ce sujet, et il ne doute pas qu'une récompense ne soit accordée à M. Warburg, pour les soins désintéressés qu'il a donnés aux fiévreux, qui ont été presque tous guéris après quelques jours, lorsqu'on les a remis à sa direction. M. de Bauve, pensant que le gouvernement français serait également disposé à récompenser l'auteur, si l'efficacité en était bien démontrée, adresse douze flacons de *fever drops*, en priant qu'ils soient remis à l'Académie des sciences afin que leur action sur l'homme malade puisse être dûment constatée.

MM. Double, Peltier et Robiquet sont chargés de faire des expériences à ce sujet.

— *Aérolithes.* — M. Millet Daubenton, qui avait donné précédemment à l'Académie des détails sur le météore lumineux dont l'explosion paraît avoir causé l'incendie de la ferme de Samonod, département de l'Ain, adresse des fragmens d'aérolithes qu'il avait recueillis près de la maison brûlée, et exprime le regret qu'un premier envoi qu'il avait fait ne soit pas parvenu à son adresse. Un des premiers échantillons était un fragment angulaire du volume d'un œuf de pigeon, et vitrifié à la surface. Le poids total des morceaux recueillis était au moins de 500 à 600 grammes. Généralement, ils sont vitrifiés extérieurement; l'intérieur est d'un gris bleu foncé ayant souvent un éclat métallique. Le barreau aimanté sépare de petits globules que l'auteur de la lettre croirait composés de fer, de soufre, de cuivre, d'arsenic, et peut-être d'argent. M. Millet croit ausssi y avoir reconnu des traces de nikel et de chrôme.

Physique moléculaire. — M. Bandrinont, qui avait présenté il y a quelques mois un mémoire sur la constitution des fils métalliques (mémoire sur lequel il n'a pu être fait de rapport, l'auteur l'ayant fait imprimer), communique aujourd'hui un résumé des résultats auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches. Ces résultats sont.

1° Qu'il est impossible de déterminer, avec assez de précision, les lois selon lesquelles les molécules agissent les unes sur les autres, en les considérant sous le rapport de la cohésion;

2° Que ces lois sont variables pour les différentes substances, même lorsqu'elles sont de même ordre, comme les corps réputés simples;

3° Qu'il est possible de déterminer la limite de l'action moléculaire;

4° Qu'il est des substances dont la densité, prise dans un liquide, diminue à mesure qu'on les divise;

5° Que cela a lieu lorsque ces substances ne se mouillent pas;

6° Qu'il est possible de déterminer la distance qui existe entre un corps et un liquide qui ne le mouille pas lorsqu'ils sont mis en rapport.

(*Extrait du journal Hebdom. de médecine.*)

Communications verbales.

Physique du globe. — *Soulèvement de la côte du Chili.* — M. Arago dit que, quoiqu'il ait eu souvent occasion de citer des témoignages relatifs à ce phénomène, il croit ne pas devoir passer sous silence un document que lui fournit une des pièces de la correspondance, tant parce que le fait est lié aux derniers bouleversemens qui ont eu lieu dans le pays, que parce que les renseignemens fournis portent un caractère particulier d'authenticité.

Une frégate anglaise, le *Challenger*, s'étant perdue sur la côte du Chili, le commandant du bâtiment, le cap. Seymor, a été, suivant l'usage, traduit devant une cour martiale. Parmi les pièces produites devant le tribunal, est le témoignage du capitaine Fitz-Roy, qui déclare que, depuis le tremblement de terre du mois de février 1835, les courans sur cette côté ont été complétement altérés de Mocha jusqu'au parallèle de la Conception. Le capitaine Fitz-Roy annonce de plus que, par suite du même tremblement, l'île de Santa-Maria a été élevée de dix pieds.

Astronomie. — *Comète de Halley.* — M. Poisson lit quelques extraits d'une lettre de M. Bessel. Cet astronome a observé aussi des changemens dans l'aspect de la comète. C'était, dit-il, un *cône lumineux faisant des oscillations assez régulières autour de la ligne dirigée vers le soleil*, et qui s'en écartait de 60° environ de chaque côté.

Le 12 octobre, il a suivi pendant neuf heures de suite ces changemens d'aspect, et, dans cet intervalle, il a vu s'opérer un déplacement de 35°. Le 13, le cône lumineux avait perdu beaucoup de son éclat; le 14, il était revenu dans la direction du soleil et avait repris toute sa vivacité.

M. Arago fait remarquer que ces observations sont, à certains égards, analogues à celles qu'il a faites lui-même et à celles qu'ont faites divers autres astronomes; elles le sont, aux termes près, puisque le cône dont parle M. Bessel n'a pu se présenter à lui que sous l'aspect d'un secteur lumineux: la dernière désignation exprime le résultat de l'observation sans l'interpréter; l'autre, en lui donnant l'interprétation qui se présente naturellement. Mais il y a une autre différence plus importante, c'est qu'à l'observatoire de Paris, on n'a pas vu un cône ou secteur unique, affectant certains mouvemens desquels on aurait pu tirer des déductions relatives au mouvement de l'astre sur lui-même, ou n'a pas seulement observé des changemens d'aspect mais des changemens plus essentiels. Après la première observation, ou on n'avait reconnu qu'un seul secteur, ou on en a vu plusieurs, cela a été reconnu non-seulement à l'observatoire de Paris, mais en plusieurs autres pays. M. Cooper, en Angleterre, M. Amici, en Italie, M. Schwabe, en Allemagne, ont tous vu plusieurs secteurs, et le dernier même en adresse la figure. Il reste à savoir comment M. Bessel n'en a aperçu qu'un.

Zoologie. — *Les orangs.* — M. de Blainville présente un crâne d'orang récemment acquis par le muséum d'histoire naturelle, et donne de vive voix quelques détails sur les tentatives faites depuis une trentaine d'an-

nées pour distinguer les grandes espèces de singes sans queue et sans callosités ischiatiques.

Dans un de leurs premiers travaux, MM. Geoffroy et Cuvier, avaient, comme on sait, essayé d'appliquer à l'arrangement méthodique des singes, le principe imaginé par Camper pour la classification des races humaines, le degré d'ouverture de l'angle facial. En examinant, sous ce point de vue, les têtes osseuses de grands singes provenant de l'Inde, on avait été conduit à distinguer deux espèces d'orang-outang, l'une plus petite, mais douée d'une conformation plus voisine de celle de l'homme. L'orang roux, celui auquel Buffon avait définitivement donné le nom de joko, nom par lequel il désignait d'abord une espèce africaine, le chimpanze et un autre plus grand, plus fort, d'aspect féroce, et qu'on désigna par le nom de pongo, nom que lui avait imposé Wurmb, à qui on en devait la connaissance. Non-seulement on considérait l'orang roux et le pongo comme espèces distinctes, mais, en se conformant au caractère pour base de la classification, il fallait les ranger dans deux genres différens.

Cependant, en 1818, M. Cuvier ayant reçu, de M. Wallich, le crâne d'un individu plus avancé en âge que celui sur lequel on avait établi les caractères de l'orang roux, remarqua que les formes de ce crâne se rapprochaient déjà beaucoup de celles du pongo; il fut, par-là, conduit à penser que les différences si prononcées qu'on voyait entre les deux têtes extrêmes, étaient uniquement produites par l'âge, que toutes les trois appartenaient à une même espèce, et, qu'en un mot, le pongo n'était que l'orang adulte. Quelques naturalistes continuèrent, toutefois, à admettre à l'existence de deux espèces.

D'autres naturalistes continuèrent à croire que la tête adulte appartenait à une autre espèce. Ils montrèrent, en effet, qu'entre l'un des crânes et les deux autres, il existait des différences qui ne semblaient guère dépendre uniquement de l'âge ou du sexe, reconnaissant d'ailleurs qu'il était bien difficile de prouver la justesse de cette opinion, tant qu'on n'avait à comparer que des individus à différens degrés de développement.

Dans ce dernier temps, le musée a acquis une grande et belle tête adulte d'un orang de Sumatra, et le squelette d'un jeune; la tête, qui est au moins égale pour la grandeur à celle qu'on avait du pongo, et appartenant à un individu aussi complétement développé, présente, comme on peut le voir, plusieurs traits qui la distinguent de l'autre; cela se voit surtout dans la conformation des orbites.

Voilà donc deux espèces, longtemps confondues, qui se distinguent nettement par des caractères tirés du système osseux; mais comment se distinguent-ils à l'extérieur? c'est ce qu'on ne savait pas encore. Dans un voyage que M. de Blainville a fait à Leyde, il a vu quatre ou cinq grands individus qui ont bien tous les caractères de l'orang, proprement dit, et qui sont remarquables par des appendices cutanés des joues; ces appendices existent seulement chez le mâle, et font de cet animal, qu'on avait dépeint longtemps comme si voisin par tout son aspect, de l'homme, un des plus hideux singes qui se puissent voir.

L'orang disséqué par Camper, ceux de Vosmaer et de M. F. Cuvier, étaient tous des individus femelles, et ainsi, rien ne prouve qu'ils n'appartinssent à cette espèce; mais d'autres raisons portent à croire que, mettant à part le pongo, il y a encore deux espèces distinctes qu'on a, jusqu'à présent, réunies sous le nom d'*orang*, proprement dit.

D'abord, on doit remarquer que le crâne donné par M. Wallich, provient d'un individu du continent de l'Inde. Le pongo et l'orang sont des îles de la Sonde. Enfin, l'orang-outan de Sumatra, d'Abel, se distingue de celui de Wallich, comme il se distingue du pongo par la proportion du pouce et des autres doigts; ces deux derniers ayant les doigts très-courts et le pouce très-long, l'autre, les doigts courts et le pouce plus développé. S'il a de plus, comme le dit le voyageur, six à sept pieds de haut, cela le sépare encore des deux autres, qui sont d'un tiers plus petit.

Tout porte donc à admettre qu'il existe dans l'Inde (sur le continent et dans les îles de Sumatra et Bornéo) trois grandes espèces de singes sans queue et sans callosités ischiatiques. Il ne paraît pas qu'aucune de ces espèces ait, par sa conformation, autant de tendance à marcher debout que la grande espèce africaine, le *chimpanzé*, espèce chez laquelle, d'ailleurs, l'adulte ne présente, dans la disposition de son crâne et dans l'ouverture de l'angle fascial, rien qui rappelle la tête humaine.

— M. Geoffroy fait remarquer que depuis longtemps il a été conduit à abandonner le principe sur lequel il avait cru d'abord pouvoir s'appuyer pour la classification des singes, et que dans le cours du muséum, il a eu soin, à différentes reprises, de montrer que ce principe, fondé sur la considération de l'angle fascial, ne saurait conduire à une distribution naturelle des espèces.

Séance du 25 janvier.

Correspondance.

Navigation aérienne. — M. Robert Heizel écrit qu'il croit avoir trouvé un moyen de locomotion aérienne qui résoudrait le problème de direction vainement cherché dans les aréostats. Sa lettre, dans laquelle il donne une idée de l'appareil qu'il voudrait employer, est renvoyée à l'examen de M. Navier.

Sciences médicales. — Orthopédie. — M. Vallin, directeur de l'établissement orthopédique de Nantes, représente à l'académie que les médecins de province pourront difficilement remplir les conditions du programme, pour le prix qu'elle a proposé à ce sujet, et demande qu'au lieu d'être tenus de présenter à la commission académique, avant et après leur guérison les sujets soumis aux traitemens orthopédiques, il leur suffise de les présenter à une commission prise parmi les

médecins de la ville dans laquelle ils exercent, et désignés par l'académie des sciences.

Cette demande sera soumise à la commission, qui en fera un rapport à l'académie.

— MM. Goupil, chef d'escadron d'artillerie, et Robinet, membre de l'académie de médecine, déposent un paquet cacheté, portant pour suscription : *Perfectionnement des armes de guerre.*

Mémoires lus.

Zoologie. — Quadrumanes. M. Geoffroy lit une notice sur quelques singes voisins de l'homme.

Pour arriver à la détermination rigoureuse d'une espèce, il faut, dit M. Geoffroy, être placé dans des circonstances particulières, et ce n'est qu'au milieu de riches collections qu'on peut faire les rapprochemens, les comparaisons nécessaires. Les voyageurs, au contraire, ne peuvent établir relativement à l'objet qui les frappe, que des traits généraux, superficiels et souvent inexacts de ressemblance ou de dissemblance ; de là naissent de nombreuses erreurs qui se perpétuent dans la science, jusqu'à ce que l'attention venant à se fixer sur ce sujet, des recherches conduites avec plus de suite et de méthode, montrent que ce qu'on avait considéré comme une espèce isolée n'est souvent que la réunion de plusieurs espèces voisines qui forment un petit groupe à part, une famille distincte.

C'est ce qui est arrivé pour les singes voisins de l'homme ; Buffon en admettait deux espèces distinctes, et l'autorité de son nom a exercé longtemps une grande influence sur l'opinion des naturalistes. De nouveaux documens ont depuis forcé à s'en écarter ; mais, dit M. Geoffroy, je n'avais pas attendu jusque-là pour me prononcer sur l'existence de deux groupes. Dès 1812, en effet, j'avais, dans le 19me volume des annales du muséum, annoncé ces sous genres troglodytes et orang (en latin *troglodytes* et *pithecus*.).

Les troglodytes se distinguent des orangs aussi bien sous le rapport géographique que sous le rapport organique. Les premiers à bras comparativement courts, se trouvent exclusivement en Afrique ; les autres, à bras très-longs, sont propres aux Indes orientales.

Nous ne connaissons qu'une seule espèce de troglodyte, celle qui a été désignée dans le travail commun de MM. Cuvier et Geoffroy, sous l'un de ses noms de pays, chimpanzé, celle dont Buffon a possédé, en 1740, un individu vivant. Buffon avait d'abord donné à ce singe le nom de Jocko, d'après l'indication fournie par un voyageur qui parle de deux singes de la côte d'Angola, tous les deux très-voisins de l'homme, et dont le plus petit est ainsi appelé angola tandis que le plus grand est nommé *pongo*.

Buffon, ayant plus tard reçu un autre singe sans queue et sans callosités ischiatiques, plus petit que celui qu'il avait d'abord possédé, crut avoir mal appliqué les deux noms, il changea donc le nom qu'il avait donné au premier en celui de *Pongo*, et réserva pour le dernier le nom de *Jocko*. Or, ce dernier n'était point un singe africain, mais un très-jeune orang venu des îles de la Sonde.

Un *chimpanzé* est aujourd'hui vivant au jardin zoologique de Londres, mais déjà le collége des chirurgiens de Londres en possédait un individu conservé dans la liqueur, et c'est cette pièce qui a fourni à M. Owen les principaux matériaux d'un très-beau travail, l'*ostéologie du chimpanzé et de l'orang-outang.*

Les différences assez sensibles que j'ai remarquées entre différens crânes de chimpanzé, me portent, dit M. Geoffroy, à soupçonner l'existence de plusieurs espèces, et je pense que cette présomption ne tarderait pas à être convertie en certitude, si des voyageurs naturalistes pouvaient explorer la côte occidentale d'Afrique.

L'espèce ou les espèces de singes à bras courts ou les *chimpanzé*, habitant exclusivement l'Afrique, ont été désignés par les auteurs sous les noms suivans : *Simia troglodytes*, Linnée, 12e édition ; *jocko*, Buffon, tom. 14, *pongo*, Buffon, 7e volume des supplémens publiés après la mort de l'auteur.

Simia pygmæus, Scheber ; *simia satyrus*, Schreber. Tout cela, dit M. Geoffroy, était déterminé dans notre travail de 1812. Pour les orangs il y a plus à faire, parce que depuis ce même travail, sont arrivés des documens qui obligent à modifier les premiers aperçus ; ainsi l'on a eu :

1° Le crâne envoyé de Calcutta à M. Cuvier, par M. Wallich, crâne qui était dans un état moyen de développement.

2° La relation d'une capture faite à Sumatra en 1825, insérée dans le 15e volume des *Recherches asiatiques*. Il y est question, dit M. Geoffroy, d'une espèce nouvelle, *pongo Abelii.*

3° Les travaux de M. Temminck à qui sa position près du gouvernement hollandais a permis de faire arriver des îles de la Sonde, en Europe, plusieurs exemplaires des plus grands orangs que l'on connaisse. Une lettre de ce naturaliste, adressée à une des personnes attachées au muséum d'histoire naturelle, annonce qu'une de ces peaux est déjà en route pour Paris.

M. de Blainville, dans une communication récente, s'est occupé, poursuit M. Geoffroy, de distinguer les diverses espèces d'orang, et ainsi, je puis me dispenser de traiter cette question ; toutefois, je ferai remarquer que le crâne de l'orang, mort à Calcutta, crâne qui avait été envoyé en France, avait peut-être été apporté d'une des îles de la Sonde. Il se pourrait ainsi que les trois principales de ces îles, Bornéo, Java et Sumatra, eussent chacune leur espèce distincte d'orang.

La fin de la note de M. Geoffroy est consacrée à des remarques sur les étranges changemens de formes qui surviennent par les progrès de l'âge dans la tête des orangs. Ces changemens sont tels que lorsque l'arrivée à Paris de la collection des stathouders eut, en 1798, fait voir aux naturalistes français, qui ne connaissaient encore que le très-jeune orang, le squelette d'un adulte, ce dernier dût être considéré comme le type d'un nouveau genre, que le peu de développement de la boîte

cérébrale comparé à celui de la face reléguait au dernier rang entre tous les singes de l'ancien continent. J'établis ce genre comme distinct dit M. Geoffroy, et je devais le faire d'après toutes les règles des déterminations zoologiques. Il fallut que le crâne envoyé de Calcutta par M. Wallich, vint montrer une transition entre deux formes si différentes, pour qu'on arrivât à soupçonner la possibilité d'une si complète transformation; et ce nouveau jalon n'indiquait pas encore la route d'une manière assez claire, pour que M. Cuvier n'éprouvât un vif mouvement de joie lorsqu'il conçut d'abord, que les trois formes n'étaient que les trois états de développemens d'une même espèce. C'était un cas extrême, mais non pas le seul cas offert par les singes, de changemens produits par l'âge et qui éloignent de plus en plus l'espèce de la forme humaine. Ces changemens longtemps méconnus avaient aussi donné lieu à des doubles emplois; ainsi on distinguait le mandril, *simia maïmon* du choras : *smormon*, qui n'en est cependant que l'adulte.

Les proportions du crâne au reste de la tête, subissent aussi chez d'autres vertébrés des altérations notables; le crocodile en offre un exemple comme il se voit par les deux têtes placées sous les yeux de l'académie. Chez l'adulte, la tête est longue de vingt pouces, la boîte cérébrale de vingt lignes : : 1 : 12; chez un crocodile nouvellement éclos la tête est longue de 21 lignes, la boîte cérébrale de 7 : : 1 : 3.

(*Extrait du Journal hebd. de méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 6 novembre 1835.

M. Téalier fait un rapport verbal sur l'ouvrage de M. Duparcque, relatif aux *ruptures de l'utérus et du vagin.*

Pneumonies traitées par l'oxide blanc d'antimoine. — M. Lemoine communique les observations suivantes de pleuro-pneumonie guérie par l'oxide blanc d'antimoine :

Obs. I. Une femme âgée de soixante-dix-huit ans, atteinte depuis plusieurs années de catarrhe chronique, éprouve, le 15 octobre dernier, un frisson suivi d'une forte chaleur : elle ressent ensuite un violent point-de-côté au-dessous de la mamelle droite. Le 16, je fus appelé dans la soirée. Elle me présenta l'état suivant : La face est pâle, excepté à droite, où la joue présente une coloration d'un rouge sombre; sentiment de faiblesse, douleur de côté n'augmentant ni par la pression, ni par l'élévation du bras; toux fréquente et sèche, respiration courte, accélérée; la malade ne voulut point être auscultée; pouls fréquent et plein, langue naturelle, ventre indolent, constipation depuis trois jours. (15 sangsues sur le côté douloureux, tisane pectorale.) 17. Les sangsues ont peu coulé; cependant la douleur pleurétique a diminué. Depuis le matin, la malade a expectoré des crachats visqueux, adhérens fortement au vase; son mat en arrière dans le tiers supérieur du poumon droit; dans le même endroit, râle crépitant; à bulles excessivement fines; dans l'étendue du reste de cette région, respiration puérile; le poumon gauche offre en arrière le mélange des divers râles du catarrhe; ces mêmes bruits sont perçus en avant du côté gauche; mais à droite, au sommet du poumon, on entend du râle crépitant. Même fréquence de la respiration et de la circulation. (Potion gommeuse édulcorée, additionnée d'un gros d'oxide blanc d'antimoine à prendre par cuillérée à bouche d'heure en heure.) 18. Quelques nausées ont été déterminées par les premières doses de la potion; il n'y a pas eu de selles, pas de sueurs, point d'augmentation dans l'urine qui est d'une couleur fortement orangée. La nuit a été fort agitée, il y a eu un léger délire; la malade répond juste aux questions qu'on lui adresse; mais elle a des rêvasseries quand on cesse de fixer son attention. Ce symptôme, si grave dans les pneumonies, me paraît moins inquiétant, quand on m'apprend que, dans son état habituel de santé, la malade a des accès de colère, qui ne sont nullement motivés et que, d'ailleurs, elle a souvent des absences. Même aspect des crachats, mêmes signes fournis par la circulation et la respiration. Le ventre est ballonné; il n'y a pas de selles. (Continuer l'usage de la potion, lavement additionné de six grains de sel de nitre, vésicatoire à chaque mollet.) 19. Après beaucoup d'agitation, pendant laquelle la malade a dérangé les emplâtres vésicans, elle a dormi pendant quelques heures; le lavement lui a fait rendre des matières ovillées; elle est assise sur son lit, et cause avec les personnes qui l'entourent; les crachats sont moins rouillés, moins visqueux; le bruit respiratoire commence à se mêler au râle crépitant qui est moins fort; la respiration, la circulation sont moins fréquentes; le ventre est moins ballonné. (Même prescription.) 20. Sommeil réparateur; les crachats sont ceux du catarrhe; le bruit respiratoire s'entend très-bien maintenant, mêlé à du râle sous-crépitant. La malade a mangé, sans m'en prévenir, du pain dans du café au lait; elle est, du reste, fort bien, et veut se lever. La potion à dose décroissante d'oxide d'antimoine a été encore donnée pendant deux jours; au bout de ce temps, la pleuro-pneumonie est en complète résolution; mais les forces ne reviennent que lentement; le sommet du poumon droit présente un léger gargouillement, peut-être est-ce là la cause de la faiblesse qui lui reste.

Obs. II. Sergent, âgé de cinquante-huit ans, d'une taille élevée, affecté d'un catarrhe chronique, s'expose au froid étant en sueur, le 23 octobre dernier. Il ressent bientôt un frisson, qui dure pendant plus d'un quart d'heure, et bientôt après une grande chaleur. En même temps, il éprouve, au-dessous de la mamelle droite, une vive douleur. La dyspnée est extrême, le pouls large, développé. (Saignée de quatre palettes, tisane pectorale.) 24. Caillot recouvert d'une large couenne; la douleur pleurétique a diminué; les crachats sont rouillés, très-visqueux; la respiration est

fréquente, le pouls large; râle crépitant, sans mélange de bruit respiratoire, dans près de la moitié inférieure du poumon droit; mélange des râles du catarrhe dans le reste de la poitrine. (Potion avec oxide blanc d'antimoine, tisane pectorale.) 25. Quelques instans de sommeil, même aspect de crachats, mêmes signes fournis par l'auscultation et la percussion. (Même prescription). 26. Les crachats commencent à devenir moins visqueux, la dyspnée est moins grande, le pouls moins fréquent; le râle crépitant est à grosses bulles. 27. L'amélioration se soutient, le bruit respiratoire s'entend dans l'endroit siége de la pneumonie; les crachats sont ceux du catarrhe. La potion est encore continuée pendant deux jours; au bout de ce temps, Sergent est en pleine convalescence.

M. Forget, tout en reconnaissant la nécessité d'accepter comme faits les observations de M. Lemoine, rappelle que l'oxide blanc d'antimoine, dont on a tant exalté les propriétés, est aujourd'hui considéré comme un remède absolument inerte par la plupart des praticiens, et abandonné même par l'honorable médecin qui l'a le plus préconisé. Plusieurs membres parlent dans le même sens.

Saignée chez les vieillards. — M. Sabatier s'élève contre ce principe, que la vieillesse serait une contre-indication de la saignée. Il rapporte l'observation d'une vieille femme qui fut délivrée par quatre saignées d'une pneumonie affectant la forme de celles dites bilieuses.

M. Mérat cite le cas d'un homme de quatre-vingt-dix-sept ans, atteint d'une pneumonie dont il guérit à la suite d'une saignée, si bien qu'il est mort à l'âge de cent trois ans.

M. Duparcque parle d'une Juive âgée de 100 ans que la saignée délivra également d'une pneumonie avec fièvre et stupeur.

M. Delens fait observer que la pneumonie affectant le sommet des poumons est moins grave par elle-même que par son influence sur le développement consécutif des tubercules pulmonaires. A l'oxide d'antimoine, que quelques personnes considèrent comme un agent inerte, il préfère l'émétique à haute dose, ou le kermès minéral.

Emétique à haute dose. — M. Lemoine s'élève contre l'exagération du scepticisme en fait de thérapeutique, scepticisme qu'il serait facile d'appliquer à tous les remèdes, même les plus efficaces. Quant à l'émétique à haute dose, il l'a vu donner lieu à de graves accidens. C'est ainsi que dans un cas de rhumatisme, il l'a vu produire des vomissemens incoërcibles, et que, dans un autre cas de pneumonie, où la potion stibiée fut prescrite par un professeur de la faculté, le malade fut également pris de vomissemens réitérés jusqu'à la mort.

Calcul à noyau ligneux extrait par la lithotritie. — M. Leroy (d'Étiolles) présente à la société, 1° un instrument de son invention, pour le traitement de l'anus contre nature; 2° les débris d'un calcul ayant pour noyau un fragment de bois, extraits par la lithotritie de la vessie d'un homme chez lequel un éclat de planche avait pénétré par le périnée. Au moment de l'accident, le corps vulnérant fut extrait, et la cicatrisation de la plaie extérieure s'accomplit en huit jours. Mais au bout de quelques mois, des douleurs se manifestèrent du côté des voies urinaires; la sonde fit reconnaître un calcul vésical que le percuteur de M. Heurteloup réduisit facilement en détritus; mais, vers la fin de l'opération, le marteau donna la sensation d'un corps mou, qui fut extrait par des manœuvres particulières, et qu'on reconnut avec étonnement être un débris de l'espèce de pal avec lequel le malade s'était blessé. Ce malade est actuellement rétabli.

Séance du 16 octobre.

Kystes ganglionnaires. — M. Chailly lit une note *sur la cure des kystes nommés ganglions, par la ponction et la compression.*

M. Forget fait observer qu'en effet le procédé de la ponction n'est pas nouveau : il est même de précepte de tirer la peau, et de ponctionner non pas au sommet, mais obliquement de côté, dans le but de détruire le parallélisme des ouvertures de la peau et du kyste, afin de prévenir l'introduction de l'air. Mais un point plus essentiel est celui du diagnostic de ces tumeurs avoisinant les grandes articulations, et pouvant communiquer avec les cavités synoviales, ce qui pourrait donner à l'opération des suites fâcheuses. M. Forget rapporte qu'une personne étant venue le consulter pour un kyste ganglionnaire paraissant adhérer au ligament externe de l'articulation tibio-fémorale, il n'osa prendre sur lui d'en opérer la ponction, sans consulter M. Roux, qui fut d'avis de s'abstenir de toute opération. La tumeur fut donc respectée; les frictions mercurielles, la compression et le repos en procurèrent la résolution.

M. Tanchou pense que les dangers de l'introduction de l'air dans les cavités articulaires ont été exagérés.

M. Roche eût désiré que l'auteur eût établi le diagnostic différentiel des véritables ganglions et de ces tumeurs hydatidaires, ou prétendues telles, du carpe, décrites par Dupuytren, tumeurs dont l'ouverture est souvent suivie de si graves accidens.

M. Forget donne quelques détails sur ces tumeurs hydatidaires, qu'avec un peu d'attention, on ne peut guère confondre avec les vrais ganglions, vu qu'elles forment ordinairement des tumeurs étranglées au milieu par le ligament annulaire du carpe, et dans lesquelles on sent, à la pression, la collision des petits corps qu'elles contiennent.

Conservation des cadavres. — M. Mérat expose les résultats obtenus par les procédés de M. Gannal, pour la conservation des cadavres destinés aux études anatomiques. Dans les pavillons de la faculté, M. Mérat a vu deux cadavres injectés d'une solution d'acétate d'alumine à 15 ou 20 degrés, et qui, depuis deux mois, s'étaient fort bien conservés. Les tégumens étaient flétris, mais sains; les viscères abdominaux n'avaient subi aucune décomposition; le foie, au lieu d'être putréfié, avait contracté une sorte d'induration; de même

des poumons et du cœur. Le cerveau seul était liquéfié et fétide. Chez un autre sujet, le cerveau était parfaitement conservé. Un autre cadavre avait été comparativement injecté avec la solution d'arsenic; il était moins bien conservé; l'arsenic avait suinté, et formait une couche à la surface de la peau. La quantité de solution alumineuse injectée est d'environ quatre livres. Les cadavres ne sont pas soumis à la macération comme par le procédé antérieur de M. Gannal (1), sur lequel l'Académie a fait un rapport si favorable, et qui pourtant est inférieur à celui-ci. Les vaisseaux distendus par l'injection paraissent laisser transsuder la liqueur qui imprègne et conserve les tissus. Un côté du cadavre préalablement couvert d'un vernis s'est conservé plus frais que l'autre côté. Ce moyen de conservation, dit M. Mérat, sera d'un avantage précieux pour l'étude de l'anatomie et l'instruction des élèves, si souvent rebutés par l'infection qui règne dans les amphithéâtres, et pour conserver les pièces d'anatomie.

M. Forget croit pouvoir expliquer la putréfaction du cerveau par la disposition anatomique des vaisseaux de ce viscère, vaisseaux qui, après s'être divisés à l'infini dans la pie-mère, ne pénètrent la pulpe cérébrale qu'en ramuscules si fins qu'ils sont sans doute impénétrables à l'injection conservatrice.

M. Chailly rapporte que le cadavre d'un condamné, qui, avant la décollation avait bu de l'eau-de-vie en grande quantité, fut conservé un mois sans subir de décomposition putride. (*Extr. de la Revue Méd.*).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 2 *février* 1836.

Rapports définitifs sur le concours de 1835.

La Société avait mis au concours, en 1834, la question suivante, pour laquelle elle proposait un prix de 300 francs.

« *L'inflammation est-elle toujours identique dans sa nature? Dans la négative, établir les caractères généraux des différentes modifications auxquelles elle est soumise dans les maladies, et les changemens les plus notables que chacune de ses formes doit faire subir au traitement* ? »

Cinq mémoires sont parvenus en réponse à cette question. La Société, après une mûre délibération, a décidé qu'aucun de ces mémoires n'avait mérité le prix, faute d'avoir répondu d'une manière précise et satisfaisante; elle a mentionné honorablement les mémoires cotés n° 4 et 5; dont l'un porte pour épigraphe: *Nihil temere credendum, nihil que negligendum* (Hipp. Ep. 6), et l'autre ayant pour devise: *Ubi, stimulus, ibi fluxus*, et accordé le titre de membre correspondant à leurs auteurs.

Les billets cachetés ayant été ouverts, le secrétaire perpétuel a proclamé les noms de MM. Pierard, docteur en médecine à Charleroy, membre correspondant de la Société, auteur du premier mémoire (n° 4), et N. Peetermans, docteur en médecine, à Seraing-sur-Meuse, auteur du second mémoire (n° 5).

La Société a ordonné l'impression du rapport général dans ses Annales.

La Société avait encore proposé deux médailles, d'une valeur relative au mérite des mémoires, sur les meilleures réponses qui lui parviendraient aux questions suivantes:

1re Question. « *Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction hygiénique et médicale les plus convenables pour l'établissement d'un hospice d'aliénés.* »

Deux mémoires sont parvenus en réponse à cette question.

Une médaille d'honneur est décernée au mémoire portant pour épigraphe: « *L'homme au lit de la mort, attache peu de prix à la gloire, à la réputation, aux vaines distinctions dont il a été l'objet, mais s'il a été utile à ses semblables, il espère dans la miséricorde de Dieu.* » Ce mémoire sera imprimé dans les Annales de la Société, et le titre de membre correspondant est en outre accordé à l'auteur, M. A. Brierre de Boismont, docteur en médecine de la faculté de Paris, ancien médecin des hôpitaux de Paris et de Varsovie, chevalier de la Légion-d'Honneur et du mérite militaire de Varsovie, etc., domicilié à Paris.

2me Question. « *Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie syphilitique.* »

La Société a reçu cinq mémoires en reponse à cette question. Deux seulement ont fixé son attention. Une médaille d'honneur a été décernée à M. F. S. Ratier, docteur en médecine à Paris, auteur du mémoire coté n° 6, et ayant pour devise: « *Plus les gouvernemens deviendront tutélaires, plus l'horrible maladie dont nous parlons disparaîtra du cadre des épidémies, pour y reparaître de nouveau quand les scènes du moyen âge s'offriront de rechef sur le théâtre de ce monde.* » M. Ratier est en même temps admis au nombre des membres correspondans.

Mention honorable est faite du mémoire ayant pour devise: *Experto credo Roberto*, dont l'auteur est M. N. Peetermans, docteur en médecine à Seraing-sur-Meuse, déjà nommé.

La Société a décidé que ces deux derniers mémoires, vu l'importance de la question, seront imprimés dans ses Annales avant les autres travaux destinés à être publiés.

Bruxelles, le 3 février 1836.

Le secrétaire, J. R. Marinus, D. M.

---

(1) Mélange d'alun, hydrochlorate de soude et de nitre, en solution.

AVIS.

Persuadés de l'importance d'une statistique des sciences, des lettres et des beaux-arts, notre intention est d'en réunir les élémens pour présenter un tableau de tous nos établissemens littéraires et scientifiques, et de tous les hommes qui cultivent en Belgique les sciences, les lettres et les arts. Nous osons espérer que notre opinion sur l'utilité d'un tel ouvrage sera confirmée par l'empressement que nos savans, nos écrivains, nos artistes mettront à répondre aux questions consignées dans le tableau ci-contre.

ÉTABLISSEMENT GÉOGRAPHIQUE

DE BRUXELLES.

Fondé par Ph. VANDERMAELEN, en 1830.

STATISTIQUE

Des lettres, des sciences et des Beaux-Arts en Belgique.

Noms et prénoms.

Lieu de naissance et domicile actuel.

Titres et qualités.

1° *Renseignemens sur les lettres et les sciences.*

L'auteur est prié d'indiquer les ouvrages qu'il a publiés, ainsi que les discours, dissertations, notices, articles divers, etc. etc., qu'il a fait insérer dans des mémoires, ouvrages périodiques, journaux mensuels.

——

2° *Renseignemens sur les beaux-arts.*

L'auteur est prié d'indiquer les ouvrages qu'il a faits ou composés en architecture, sculpture, peinture, gravure, musique, etc.

——

3° *Collections des lettres et des sciences.*

Indiquer les bibliothèques, musées, jardins botaniques, collections diverses, publiques et particulières, écoles et cours de haut enseignement. Le nom du bibliothécaire, du directeur ou du professeur; le nombre de volumes et manuscrits que renferment les bibliothèques; l'importance des autres collections; époque de la fondation, etc. Ouvrages périodiques et journaux quotidiens.

——

4° *Collections des beaux-arts.*

Indiquer les monumens remarquables sous le rapport de l'architecture et de la sculpture, ainsi que les monumens divers contenant des productions des beaux-arts; époque de la fondation, etc.

On est prié d'écrire les noms et prénoms, etc., très-lisiblement, et de renvoyer le présent tableau le plus tôt possible à l'Établissement Géographique de Bruxelles.

Tableau.

de la succession des mouvemens du Cœur, des bruits et des temps.

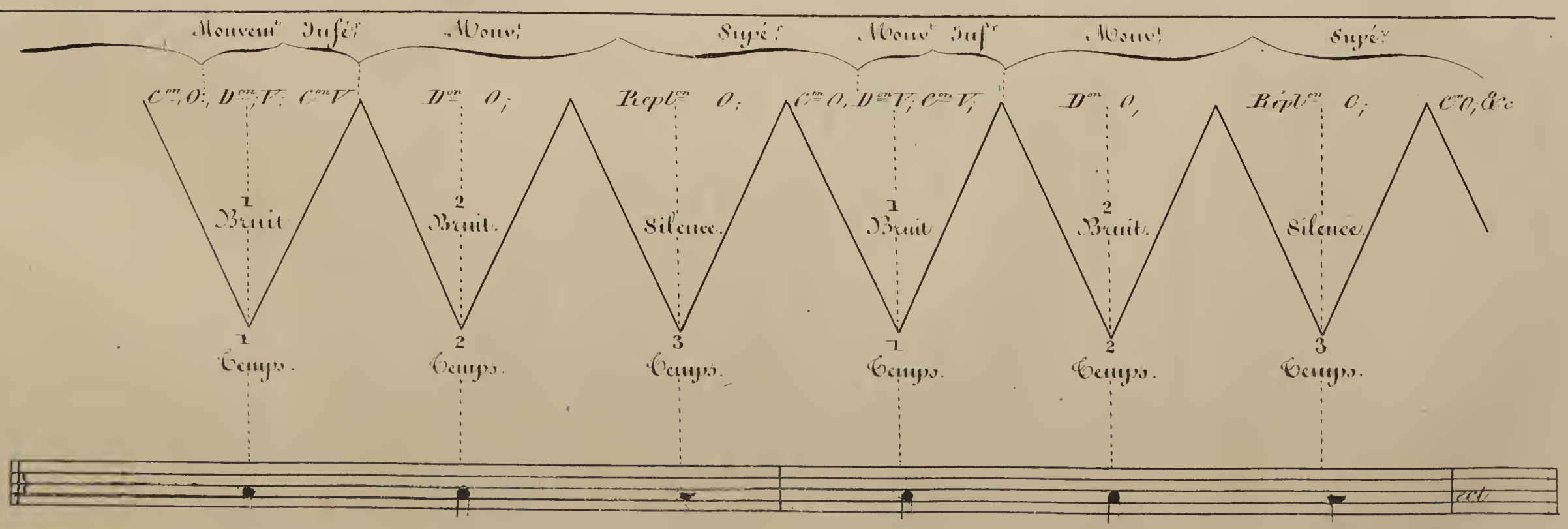

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

RATIER (F.-S.). Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne? Mémoire qui a obtenu une médaille d'honneur en réponse à cette question, mise au concours par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 21

PEETERMANS. Quelques considérations sur les moyens à employer pour arrêter les progrès de la maladie vénérienne. Mémoire mentionné honorablement au concours ouvert par la Société. 26

Rapport fait à la Société sur les mémoires qui lui ont été envoyés en réponse à cette question : Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie syphilitique? 31

THIRION (E.). Observation de cérébrite présentant des phénomènes remarquables pour la thérapeutique. 34

DELBRUYÈRE. Fracture de la jambe traitée par l'application de l'appareil inamovible. 36

BIOGRAPHIE MÉDICALE. — La Belgique médicale, ou notice sur la vie et les écrits des Belges qui se sont distingués dans les sciences médicales ; par le docteur F. DUBOIS. 37

LITTÉRATURE MÉDICALE. — Mémoire sur les propriétés et l'analyse de la Phloridzine, présenté à l'Académie des sciences et belles-lettres de Bruxelles, par L. DEKONINK. (Analyse.) 43

De la structure de maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse, par BURKABD EBLE, traduit de l'allemand, avec de notes, par ED. DE LOSEN. 44

Congrès médical de Belgique. — Rectification au compte-rendu des séances. *ib.*

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

COLLÉGE DE FRANCE. — Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie. 45, 56, 58, 62, 74.

ÉCOLE ANATOMIQUE DES HÔPITAUX. (*Cours d'anatomie générale, par M. Serres.*) Formation du système osseux. 47, 61, 64, 70, 71.

CARRON DU VILLARDS. Restauration des paupières. 49

HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. (*Division des aliénées. — Service de M. Pariset.*) Mouvement de la population pendant le mois de décembre 1835. 50

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. (*M. Andral professeur.*) Leçons sur les maladies des centres nerveux. 51, 53, 57, 59, 65.

HÔTEL-DIEU. (*Clinique de M. Sanson.*) Tumeur poplitée ; difficulté de diagnostic ; névralgie sciatique ; guérison par les vésicatoires et les bains de vapeur. 61

» Tumeurs hémorrhoïdales ; accidens qu'elles produisent ; procédé à mettre en usage pour leur guérison radicale. 68

HÔTEL-DIEU. (*M Chomel professeur.*) Tumeur cancéreuse de l'abdomen ; diagnostic ; traitement palliatif. 72

» Affection typhoïde ; symptômes généraux très-prononcés ; symptômes locaux à peu près nuls ; expectation. 73

» Affection typhoïde avec prédominance des symptômes locaux. *ib*

HÔPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX. (*Clinique de M. Dutrouilh.*) Extirpation d'un cancer au col de l'utérus, pratiquée par M. Moulinié. 75

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

LÉLUT. Mémoire sur les fausses membranes de l'arachnoïde cérébrale. 35

ROGNETTA. Troisième mémoire sur les exostoses ; de leur traitement. 48

GUISLAIN (J.) Mémoire sur la gangrène des poumons chez les aliénés. 55

Concours pour la chaire de clinique externe. 62

CUVIER FILS. Mémoire sur un entozoaire microscopique qui attaque les muscles du corps humain ; par RICHARD OWEN. (Extrait des Transactions de la société zoologique de Londres.) 65

Un mot de phrénologie à propos de Lacenaire et d'Avril. 68

Observation d'une grossesse extra-utérine. 71

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

VALLEIX. Des céphalæmatomes, ou tumeurs sanguines chez les nouveau-nés. (Suite.) 23

BONNAFOND. Observation d'amputation du bras. 28

» Observation d'hémorrhagie utérine arrêtée par la compression de l'aorte abdominale. 29

GRISOLLE. Observations de maladies de la moelle épinière. 30

CARRON DU VILLARDS. Thérapeutique chirurgicale des maladies des organes lacrymaux. 34

MONTAULT. Recherches sur la formation et la composition de la couenne inflammatoire du sang. 37

BULLETIN CLINIQUE.

HÔTEL-DIEU. (*Service de M. Bally.*) I. Névralgies brachio-thoraciques, ayant succédé à une sciatique, alternant ou coïncidant avec d'autres névralgies; guérison. 9
» II. Névralgie brachio-thoracique, splénalgie, ancienne fièvre intermittente; traitement compliqué sans résultat avantageux. *ib.*
» III. Hypercardiotrophie à gauche (Hypertrophie du ventricule gauche du cœur); névralgie brachio-thoracique (angine de poitrine). 10
HÔTEL-DIEU. (*Service de M. le professeur Chomel.*) I. Métro-ovarite. — II. Hémiplégie du côté gauche consécutive à une chute sur le côté droit de la poitrine. III. Coliques saturnines. — IV. Pleuro-pneumonie accompagnée de méningite. — V. De la mensuration comme moyen de diagnostic. 11, 12 et 13.
HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*Service de M. le professeur Velpeau.*) I. Amputation du bras à la suite d'un phlegmon. — V. Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. 13
Des avantages qu'on peut retirer d'une bonne position dans le traitement des maladies chirurgicales. 15

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

BELHOMME. Recherches sur la localisation de la folie. 9
RENAUD. De l'emploi de la digitale dans les affections de poitrine. 14
SIR HENRY HALFORT. Du tic douloureux. 15
JOHN SCOTT. Du tic douloureux. *ib.*
Traitement de la névralgie sciatique. *ib.*

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

SAVARDAN. Du traitement des maladies de la peau par le sulfure de chaux. 15
Sur le principe vénéneux du crapaud. 21

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

LAGASQUIE. Introduction à la thérapeutique naturelle. 11
VINSOT. Clinique de la faculté à l'Hôtel-Dieu. — Relevé des maladies observées à l'Hôtel-Dieu dans les salles de clinique interne de la Faculté de médecine, pendant les mois de septembre et d'octobre 1835. 16

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

VELPEAU. Deuxième mémoire sur les maladies du système lymphatique. 17
ROUX. De l'extirpation du goître, avec quelques observations sur cette affection. 23
ABONSSOHN. Mémoire sur l'introduction des vers dans les voies aériennes. 29

ARCHIVES DE LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE.

RAU. Idées sur la réduction en corps de science du système de la médecine homœopathique. 1
TOURNIER. De la loi homœopathique considérée comme source de toute guérison, abstraction faite des procédés en usage. 14

ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

SCHMIT. De l'influence des conditions physiques et morales sur la longévité; des époques de la vie, et de la durée de celle-ci chez les anciens Romains, dans l'Europe moderne, et actuellement en Angleterre, dans la nation prise en masse et dans les classes élevées. 1
PRÉVOST. Note sur le suicide dans le canton de Genève. 8
GUERSENT ET DENIS. Rapport sur un cas de rupture de la vessie, occasionnée par des coups portés sur la région hypogastrique. 11
BOYS-DE-LOURY. Rapport sur un infanticide. 13
BOYS-DE-LOURY. Examen d'ossemens trouvés enfouis dans une cave. 14

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

PETRERQUIN. Recherches sur le traitement qui convient dans la galactirrhée. 17
De la compression dans le traitement de l'hypertrophie de la langue. 19
SOUBEIRAN. Note sur la préparation des eaux distillées. 20
Du traitement de la diarrhée chez les sujets lymphatiques. 22
De l'hémoptysie qui précède la phthisie pulmonaire et de son traitement. 26
Considérations thérapeutiques sur le sang applicables aux hémorrhagies traumatiques et aux anévrysmes. 27

JOURNAL DE PHARMACIE.

VIREY (J. J.) Sur la constitution géognostique intérieure de la montagne Sainte-Geneviève de Paris, et examen de quelques eaux de pluie de cette capitale. 15
COUERBE. Réflexions sur le dernier mémoire de M. Pelletier. 17
PELLETIER. Réponse à la note de M. Couerbe. 19
BOUCHARDAT. Recherches de chimie pathologique. 21
SOCIÉTÉ DE PHARMACIE. Séance du 2 décembre 1835. 24

JOURNAUX DE MÉDECINE ÉTRANGERS.

PALMER. Cas particuliers de chirurgie pratique. 41
I. Irritabilité du moignon, suite d'étranglement du nerf péronier par la cicatrice. Gonflement tuberculeux de l'extrémité de ce nerf. *ib.*
II. Hématurie; évacuation de cinq pintes de liquide sanguinolent de la vessie. *ib.*
III. Épilepsie produite par hypertrophie vénérienne du crâne; guérison par l'opération du trépan. *ib.*
MACLEOD. Danse de Saint-Guy, traitée d'abord infructueusement par le carbonate de fer, et guérie par l'arsenic. 42
GUTHRIE. Leçon clinique sur l'extirpation de l'os maxillaire supérieur et d'autres os de la face. 43
Nerfs de la langue. Expériences qui prouvent que la fonction du goût est distincte de la sensibilité de cet organe. 44
Remarques sur les nerfs du cerveau. *ib.*

Résection de la moitié gauche de la mâchoire inférieure. 47
ROE. Leçon clinique sur l'empyème. 48
ELLIOTSON. Sur l'emploi médical de la créosote. 52
FLEMING. Sur le nombre des pulsations du cœur dans le fœtus. 53
Nouveau signe fourni par l'auscultation, dans la première période de l'affection tuberculeuse des poumons. *ib.*
RYLAND. Absence de l'utérus. *ib.*
MACFARLANE. Sur le diagnostic des tumeurs de l'abdomen. *ib.*
CH. J.-B. WILLIAMS. Sur les bruits du cœur. 59
BEATHY. Sur la sensation du frottement, comme signe de l'inflammation du péritoine. 62
HAMILTON (J.). Rapport sur les expériences du docteur *Stokes*, sur la galvano-puncture. *ib.*
STOKES. Phlegmasia alba dolens. 63
L'insufflation de l'air par l'anus, employé comme remède dans la passion iliaque. 64
DUNBAR. Expériences galvaniques sur un supplicié par la corde. 67
GRAHAM. Sur l'existence d'une matière carbonisée dans les poumons. 68
WILLIAM CRAIG. Remarques sur la fausse mélanose. 69
SCHULTZ. Recherches chimiques et physiologiques sur le sang de la veine-porte. 70
STILLING. Remarques sur la transplantation de la cornée transparente, ou kératoplastique, et sur l'opération de la pupille artificielle dans la sclérotique, ou sclérectomie. 73
L'aristolochia rotunda employée comme moyen dans le traitement des fièvres intermittentes. 74
Traitement des bubons indurés, par la solution de sublimé corrosif. *ib.*
Emploi de la créosote dans le traitement des condylomes. 74
SCHULTZ. Nouvelle méthode pour conserver pendant quelque temps à l'état liquide, le sang servant à la transfusion. *ib.*
BERNDT. Cicatrisation des ulcérations intestinales. 75
HINTERBERGER. Observations de grossesse extrà-utérine. 76
BURDACH. Moyen simple et certain pour faire couler le sang dans la saignée. 79
Prolapsus ani. *ib.*
Effets de l'administration d'une trop grande dose de teinture de semences de colchique. *ib.*
Hypertrophie du sein. 80
Déviation du flux menstruel. *ib.*
MEURER. Formule pour l'administration du fer à l'intérieur. *ib.*
ELLIOTSON. Efficacité du carbonate de fer et de l'hydriodate de potasse dans certains cas de céphalalgie. 81
Emploi de la créosote dans la gastrodynie. *ib.*
Érysipèle de la face, guéri par les lotions avec la solution saturée de nitrate d'argent. *ib.*
LIPPICH. Empoisonnement par l'euphorbia verrucosa. 82
MAIZIER. Accouchement spontané après la mort de la mère. *ib.*
JOHNSON. Hydatides dans le cerveau. 83
Trois cas de guérison de diabète. *ib.*
BRINCKEN. Sur les bains de deuto-chlorure de mercure. 84
De l'emploi du charbon animal dans la maladie scrophuleuse. *ib.*
HAMILTON (G.). Remarques sur l'hydropisie consécutive à la scarlatine. 85
SCHLESINGEN. Oblitération remarquable de l'artère aorte. *ib.*
BISCHOFF. Expériences sur le sang et sa transfusion. 86
DUERR. Sur l'usage de l'alumine dépurée dans le choléra des enfans. 87
CASPARI. Sur l'emploi de l'asa fœtida dans la coqueluche. *ib.*

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

PANIZZA. Sanguinis sub adspectu medico-criminali consideratio. 21
JAMES CLARK. Traité de la consomption pulmonaire et recherches sur les causes, la nature, la prophylaxie et le traitement des maladies tuberculeuses et scrophuleuses en général. *ib.*
EISENMANN. Les maladies du système de végétation. 24
BUREAUD-RIOFFREY. Nouveau traitement des affections malignes et cancéreuses, sans opération. 26
MITSCHERLICH. Élemens de chimie, traduits de l'allemand, par *B. Valérius*. 27
CHELIUS. Traité de chirurgie, traduit de l'allemand, par *J.-B. Pigné*. 23

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. 30
Académie royale des sciences. 34
Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 36